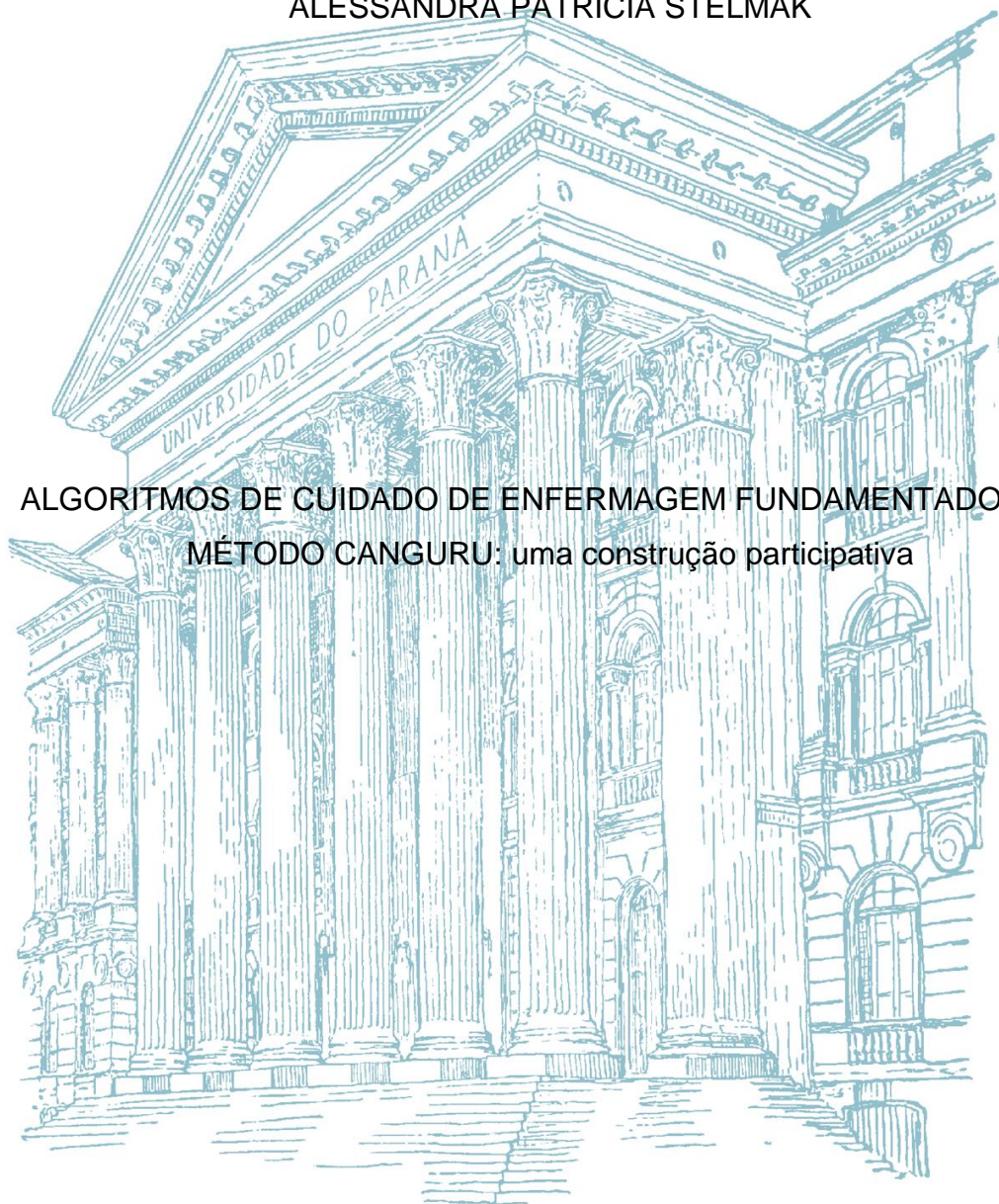


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ALESSANDRA PATRICIA STELMAK



ALGORITMOS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM FUNDAMENTADOS NO
MÉTODO CANGURU: uma construção participativa

CURITIBA
2014

ALESSANDRA PATRICIA STELMAK

ALGORITMOS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM FUNDAMENTADOS NO
MÉTODO CANGURU: uma construção participativa

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, no
Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor
Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dra. Márcia Helena de Souza
Freire

CURITIBA
2014

Stelmak, Alessandra Patricia

Algoritmos de cuidado de enfermagem fundamentados no método Canguru: uma construção participativa/ Alessandra Patricia Stelmak – Curitiba, 2014.

206 f. : il. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Márcia Helena de Souza Freire
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2014.

Inclui bibliografia

1. Método canguru. 2. Humanização da assistência. 3. Pré-termo. 4. Enfermagem em saúde pública. 5. Política de saúde. I. Freire, Márcia Helena de Souza. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 610.7362

TERMO DE APROVAÇÃO

ALESSANDRA PATRICIA STELMAK

**“Algoritmos de Cuidado de Enfermagem Fundamentados no
Método Canguru: uma construção participativa”**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:



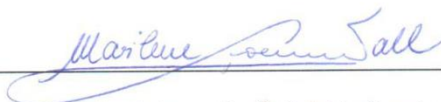
Presidente da Banca: Prof^a. Dr^a. Márcia Helena de Souza Freire

Universidade Federal do Paraná



Membro Externo: Prof^a. Dr^a. Evangelina Kotzias Atherino dos Santos

Universidade Federal de Santa Catarina



Membro Interno: Prof^a. Dr^a. Marilene Lowen Wall

Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 17 de Novembro de 2014.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo dom da vida, e por me permitir continuar na caminhada.

Às minhas filhas **Kauany** e **Tainá**, razão de todos meus esforços, e por compreenderem as necessidades de ausências durante este processo de crescimento profissional e pessoal.

Ao meu amado esposo, **Gelson**, por ser o primeiro a apoiar este projeto, e ser o grande facilitador por findar esta conquista. Sem sua imensurável compreensão e ajuda nada disso seria possível!

À minha mãe, **Shirlei**, por seu amor incondicional e sempre acreditar em meus sonhos.

À minha avó **Alzira**, e meu avô **Maurício** (*in memoriam*), pelos valores que me passaram, e pelo incentivo aos estudos.

Aos meus irmãos, **Luciana e Claudio**, por estarem sempre comigo, e acreditarem que seria possível.

Aos **meus amigos**, e demais **familiares**, pelo incentivo, palavras de conforto, e por entenderem que os momentos de descontração diminuiram em razão da minha dedicação ao mestrado, mas que estarei totalmente disponível em breve.

A minha colega de trabalho e amiga, **Bárbara**, pelo incentivo desde a inscrição do processo seletivo, pelas trocas de plantão, pelo carinho e ajuda durante todo o percurso.

A Instituição **UFPR**, que me acolhe há mais de 20 anos, e que foi determinante na minha construção como SER HUMANO.

Ao Programa de **Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR**, e aos professores, pelo aprendizado e apoio ofertados.

Aos membros do **GEFASD**, pelos momentos valiosos de discussão, e colaborações na construção deste trabalho.

A **equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (HC-UFPR)**, por aceitar e colaborar na realização da pesquisa.

A minha orientadora, Professora Doutora **Márcia Helena de Souza Freire**, por me oportunizar conhecê-la e trabalhar em parceria, por acreditar em mim e me acolher de forma tão humanizada, e por dividir comigo toda sua sabedoria.

Às Professoras Doutoras **Verônica de Azevedo Mazza, Evanguelia Kotzias A. dos Santos, Marilene Loewen Wall, Sonia Isoyama Venâncio** pelo aceite em compor minha banca de defesa, e por suas importantes contribuições para a finalização desta pesquisa.

“Não basta saber, é preciso também aplicar; não basta querer, é preciso também fazer”.

Johann Goethe

RESUMO

STELMAK, A. P. Algoritmos de Cuidado de Enfermagem Fundamentados no Método Canguru: uma construção participativa. 2014. 206 f. Dissertação [Mestrado Profissional em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Orientadora: Prof.^a Dra. Márcia Helena de Souza Freire.

Esta pesquisa cujo referencial teórico é sustentado na Política Pública de Humanização do Cuidado ao Recém-nascido Prematuro e/ou Baixo-peso – o Método Canguru (MC) teve como objetivo geral construir algoritmos de cuidado de Enfermagem fundamentados no Método Canguru. Desenvolvida em duas fases distintas, a primeira com objetivo específico identificar a percepção da equipe de enfermagem sobre as ações preconizadas pelo MC – Fase I; e a segunda, adequar na unidade de estudo, em parceria com a equipe de tutores, as diretrizes de cuidados propostas pelo Ministério da Saúde – Fase II. O cenário foi a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), do hospital de ensino, localizado na capital do estado do Paraná, que é referência estadual no Método Canguru e para Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC. Participaram da Fase I, 37 profissionais de enfermagem de nível médio, capacitados com o curso de 30 horas do MC; da Fase II participaram, em média, 9 profissionais. Valeu-se de abordagens metodológicas diferentes em cada Fase. Assim, na Fase I, produziu-se pesquisa descritiva, de abordagem quali-quantitativa, cujo método de análise do substrato discursivo foi o Discurso do Sujeito Coletivo, com a utilização do software Qualiquantisoft®. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a abril de 2014, com entrevistas e semiestruturadas contendo uma pergunta estruturada; e na Fase II, foram três oficinas de práticas educativas, junto aos tutores do MC e demais enfermeiros da UTIN, realizadas em agosto de 2014, apoiadas pelo Arco de Maguerez, utilizando-se dos substratos discursivos da Fase I. A partir dos resultados da Fase II foram construídos participativamente os algoritmos de cuidados fundamentados no MC. A pesquisa descritiva contou com 4 perguntas semiestruturadas e uma pergunta estruturada com abordagens apresentadas a seguir, juntamente com as categorias eleitas, e suas forças de expressão mais significativas, após processamento das respostas de todos os depoentes: 1) *Conhecimento sobre o MC*: controle ambiental (21,9%); o acolhimento RN/família (20,9%); promoção do contato pele-a-pele (20,1%); respeito na individualização dos cuidados (19,4%); 2) *Execução das ações do MC*: o acolhimento, o incentivo ao toque, o aleitamento materno e o controle ambiental são as ações mais executadas pela equipe, apresentando cada uma 97% de aplicabilidade prática, e como ações menos executadas, encontraram-se a troca de fralda em decúbito lateral (83%), e o banho envolto em cueiros (58%); 3) *Significância das ações do MC para o RNPT e/ou BP*: favorece o crescimento e desenvolvimento do RN (33,8%); favorece o vínculo RN/família (22%); 4) *Dificuldades em trabalhar com o MC*: sem dificuldade (36%); dificuldades relacionais (18%); técnica (16,4%); protocolar (16,4%); 5) *Sugestão para facilitar as práticas do MC*: promover melhorias organizacional/estrutural (30,9%); promover educação em saúde (23,7%); intensificar a supervisão dos cuidados (21,8%); melhorar orientação e incentivo dos pais nos cuidados (18,2). Esses resultados foram problematizados em formato de planilha (problema – ações atuais – questionamentos – novas ações)

e apresentados nas oficinas de práticas educativas. A partir da socialização, discussão e construção de um novo 'agir', com a participação dos presentes, foram definidos 7 algoritmos de cuidado específicos e correlatos aos pilares do MC. Os mesmos apresentados para aprovação da médica tutora e chefe do serviço para parecer. Esta pesquisa evidenciou que a equipe de enfermagem da UTIN apresenta significativo conhecimento sobre ações humanizadas de cuidado, e da complexidade do MC; que apreendeu a importância do cuidado ao RNPT/BP para o desenvolvimento infantil; no entanto, expressam fragilidades no processo de e implementação das ações preconizadas pelo MC, no cenário de estudo, e necessidade de um processo de educação continuada, que se dará a partir dos s construídos.

Palavras-chave: Método canguru; Humanização da assistência; Pré-termo; Enfermagem em Saúde Pública; Política de saúde.

ABSTRACT

Stelmak, AP Algorithm Based Nursing Care in Kangaroo Care: a participatory construction. 2014. 206 f. Dissertation [Professional Master in Nursing] - Federal University of Paraná, Curitiba. Advisor: Prof. Dr. Marcia Helena de Souza Freire.

This research whose theoretical framework is sustained in Public Policy for Humanization of Care of the Newborn Preterm and / or Low-weight - the Kangaroo Method (MC) had to build a general purpose algorithm nursing care based on the MC. Developed in two phases, first with the specific aim to identify the perception of the nursing staff on the actions recommended by the MC - Phase I; and the second match in a unit of study in partnership with a team of tutors, the care guidelines proposed by the Ministry of Health - Phase II. The scenario was the neonatal intensive care unit (NICU), the teaching hospital, located in the capital of the state of Paraná, which is state reference in MC and the Baby Friendly Hospital Initiative - BFHI. Participated in Phase I, 37 professional nursing assistants, trained with the course of 30 hours of MC; Phase II involved an average 9 professionals. Drew on different methodological approaches in each phase. Thus, in Phase I, produced by descriptive research, qualitative and quantitative approach, whose method of analysis of the discursive substrate was the Collective Subject, using the Qualiquantisoft® software, data collection occurred from February to April 2014, with semi-structured interviews containing a Structured Query; and in Phase II, three workshops were educational practices along the MC tutors and other NICU nurses, conducted in August 2014, supported by Arch Maguerez, using the discursive substrates Phase I. From the results of phase II were participatory constructed algorithms based care in MC. The descriptive research was 4 semi-structured questions and a structured question with approaches presented below, along with elected categories, and their most significant forces of expression, after processing the responses of all respondents: 1) Knowledge about MC: environmental control (21.9%); the host RN / family (20.9%); promotion of skin-to-skin (20.1%); regarding the individualization of care (19.4%); 2) Implementation of actions MC: welcoming, encouraging the touch, breastfeeding and environmental control are the actions performed by the team, each having 97% of practical applicability, and less as the actions taken, met the diaper change in the lateral position (83%), and the bathroom wrapped in swaddling clothes (58%); 3) Significance of the shares of MC for the PN and / or BP: favors the growth and development of infants (33.8%); favors the bond RN / family (22%); 4) Difficulties in working with MC: without difficulty (36%); relational problems (18%); technical (16.4%); protocol (16.4%); 5) Suggested practices to facilitate MC: promoting organizational / structural improvements (30.9%); promote health education (23.7%); strengthen supervision of care (21.8%); improve guidance and encouragement of parents in care (18.2). These results were schemed in spreadsheet format (problem - current actions - questions - new shares) and presented in the workshops of educational practices. From socializing, discussion and construction of a new 'act' with the participation of those present 7 specific and related to the pillars of the MC algorithms were carefully defined. The same for approval of medical tutor and head of the department for an opinion. This research showed that the nursing staff of the NICU has significant knowledge about humane care actions, and the complexity of the MC; who seized the importance of

caution when PN / BP for child development; however, express and weaknesses in the implementation of the actions recommended by the MC, the study setting, and the need for a process of continuing education, which will take place from algorithms built process.

Keywords: Kangaroo Method; Humanization of assistance; Preterm; Public Health Nursing; Health policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 -	ETAPAS DO MC E AÇÕES COMPETENTES	52
QUADRO 2 -	REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DAS FORMAS GEOMÉTRICAS QUE COMPÕEM UM DIAGRAMA	57
FIGURA 1 -	ARCO DE MAGUEREZ	60
FIGURA 2 -	REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DAS OFICINAS DE PRÁTICAS EDUCATIVAS APOIADAS NO ARCO DE MAGUEREZ	71
QUADRO 3 -	SINTESE DAS ATIVIDADES REALIZADAS NAS OFICINAS COM OS TUTORES E ENFERMEIROS DO MC	72
QUADRO 4 -	PROBLEMATIZAÇÃO DOS PONTOS CHAVES	74
FIGURA 3 -	REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DO MÉTODO	79
QUADRO 5 -	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO EM CADA CATEGORIA - PERGUNTA 1	83
GRÁFICO 1-	AÇÕES PRECONIZADAS PELO MÉTODO CANGURU x APLICABILIDADE PRÁTICA	108
QUADRO 6 -	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO EM CADA CATEGORIA - PERGUNTA 3	115
QUADRO 7 -	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO EM CADA CATEGORIA – PERGUNTA 4	130
QUADRO 8 -	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO EM CADA CATEGORIA – PERGUNTA 5	146
FIGURA 4 -	ALGORITMO DE ACOLHIMENTO	162
FIGURA 5 -	ALGORITMO DE BANHO	163
FIGURA 6 -	ALGORITMO DE PESO	164
FIGURA 7 -	ALGORITMO DE TROCA E HIGIENE	165
FIGURA 8 -	ALGORITMO DA UTILIZAÇÃO DO USO DA GLICOSE 25%	166

FIGURA 9 -	ALGORITMO DE SONDAGEM GÁSTRICA	167
FIGURA 10 -	ALGORITMO DE POSIÇÃO CANGURU	168
FIGURA 11 -	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE NA UCINCa	169
FIGURA 12 -	ROTINAS NA UCINCa	170
FIGURA 13 -	NORMAS NA UCINCa	171

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DA UTIN HC/UFPR CURITIBA-PR (2014)	80
TABELA 2 -	DISTRIBUIÇÃO (n e %) DA CATEGORIZAÇÃO DO DSC EM RELAÇÃO À PERGUNTA 1*. UTIN/HC/UFPR, CURITIBA, PARANÁ, 2014.	85
TABELA 3 -	DISTRIBUIÇÃO (n e %) DA CATEGORIZAÇÃO DO DSC EM RELAÇÃO À PERGUNTA 3*. UTIN/HC/UFPR, CURITIBA, PARANÁ, 2014.	116
TABELA 4 -	DISTRIBUIÇÃO (n e %) DA CATEGORIZAÇÃO DO DSC EM RELAÇÃO À PERGUNTA 4*. UTIN/HC/UFPR, CURITIBA, PARANÁ, 2014.	131
TABELA 5 -	DISTRIBUIÇÃO (n e %) DA CATEGORIZAÇÃO DO DSC EM RELAÇÃO À PERGUNTA 5*. UTIN/HC/UFPR, CURITIBA, PARANÁ, 2014.	147

LISTA DE SIGLAS

ABP	- Aprendizagem Baseada em Problemas
AHRNBP	- Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso
BNDES	- Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BP	- Baixo Peso
BR	- Brasil
DSC	- Discurso do Sujeito Coletivo
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
ECH	- Expressão Chave
HC	- Hospital de Clínicas
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	- Ideias Centrais
KMC	- Kangaroo Mother Care
MC	- Método Canguru
MES	- Ministério da Educação e Saúde
MI	- Mortalidade Infantil
MMC	- Método Mãe Canguru
MC	- Método Canguru
MS	- Ministério da Saúde
NV	- Nascidos Vivos
ODM	- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PR	- Paraná
QQT	- Qualiquantisoft
RN	- Recém-Nascido
RNBP	- Recém Nascido Baixo Peso
RNPT	- Recém- Nascido Pré-Termo
SMS	- Sistema Municipal de Saúde
SOG	- Sonda orogástrica
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMI	- Taxa de Mortalidade Infantil
UCINCa	- Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru

UCINCo	- Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UMRN	- Unidade da Mulher e do Recém-Nascido
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTIN	- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VM	- Ventilação Mecânica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 OBJETIVO GERAL	21
1.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
2 REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 MORTALIDADE INFANTIL	23
2.2 PRÉ-TERMO	27
2.2.1 Definições causas e prevenção	27
2.2.2 Vínculo da mãe/família com o RN	32
2.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE INTEGRAL NA INFÂNCIA	34
2.3.1 O método canguru	40
2.4 O PAPEL DA ENFERMAGEM E OS CUIDADOS PROPOSTOS PELO MC	49
2.4.1 Algoritmo para subsidiar o cuidado de enfermagem ao RNPT e/ ou BP	56
3 MÉTODO	59
3.1 TIPO DE ESTUDO	59
3.2 CENÁRIO DE ESTUDO: o campo social	61
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA: os atores sociais	66
3.4 COLETA DE DADOS	67
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	76
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	77
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	80
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	172
REFERÊNCIAS	176
APÊNDICES	197
ANEXOS	203

1 INTRODUÇÃO

Minha aproximação com o tema “Método Canguru” (MC), emerge da vivência profissional como enfermeira de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), no estado do Paraná. A unidade na qual trabalho é o cenário desta pesquisa e referência estadual no MC. No entanto, tenho percebido que apresenta fragilidades nas adaptações para as ações de cuidado humanizado prestados ao recém-nascido pré-termo (RNPT) e/ou baixo peso (BP), preconizadas pelo MC.

Trabalhar com a vulnerabilidade de seres humanos tão pequenos, é um desafio constante para os profissionais de saúde, requer responsabilidade para conhecer e manter-se alerta às especificidades das adaptações a que estes recém-nascidos (RN) estão submetidos no desenvolvimento da maturidade fisiológica. Este desafio tem norteado a minha prática assistencial. Busquei ao longo de 10 anos, aprofundar conhecimentos sobre RNPT e/ou BP, desenvolvendo habilidades e competências para assistir o RN nas suas necessidades de cuidados nesse processo adaptativo extrauterino, até que tivesse sido assegurada a ida para sua casa, junto à sua família.

Neste cenário a minha inquietação para o aprofundamento teórico-prático do método Canguru relaciona-se à crença nos benefícios que esta prática de cuidado somará ao desenvolvimento infantil dessas crianças que nasceram prematuramente.

Conceitualmente são classificadas como pré-termos as crianças que nascem antes de terem completado a 37ª semana de idade gestacional, ou que tenham menos de 259 dias completos de idade gestacional. Os nascimentos antes do termo podem ser decorrentes de diversas causas, e representam um dos grandes problemas mundiais de Saúde Pública (OMS, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012) nascem cerca de 20 milhões de pré-termos ao ano. A prematuridade é a segunda causa determinante para a morte de crianças menores de cinco anos de idade, mas a primeira que fortemente contribui para a mortalidade infantil (MI), ou seja, em crianças menores de um ano de idade. Em média, 500 mil pré-termos morrem por ano, principalmente em países menos desenvolvidos. Aponta-se que 75% dessas mortes poderiam ser evitadas com intervenções de baixo custo como: um pré-natal e partos com qualidades, com classificação e referência para o risco; o uso de esteroides para

gestante em trabalho de parto prematuro; o contato pele-a-pele para manter o prematuro aquecido e acolhido; estabelecimento de fluxo organizado para os serviços de referência regionalizados para atenção terciária; garantia de transporte intra-útero; diagnóstico e tratamento adequados às gestantes e neonatos pré-termos (OMS, 2012).

Nos últimos 20 anos a taxa de RNPT, as quais, via de regra, apresenta também baixo peso ao nascer (menos de 2500g), tem aumentado. Segundo a OMS este fenômeno pode ser explicado, em parte, pelo aumento do número de mulheres que optam pela maternidade em idades mais avançadas, e pela elevação de mulheres submetidas a tratamentos de fertilidade, com possíveis gestações múltiplas (OMS, 2012). Mas, ressaltam-se outras causas sociais de impacto crescente neste cenário, como o baixo nível social e educacional das mães, a falta de organização dos serviços de saúde, a qualidade dos profissionais de saúde pre-natalista e pediatras, o uso de drogas lícitas e ilícitas pelas gestantes, acidentes e violência contra a mulher criança e adolescentes.

Pesquisas apontam que o nascer prematuro implicará ao neonato elevada chance de sofrer complicações e problemas crônicos, tanto físicos quanto mentais, ao longo da vida (BRASIL, 2011a; NASCIMENTO, 2011).

Desta maneira, o RNPT e/ou BP necessita de condições específicas de cuidado para a sua sobrevivência e qualidade de vida. A UTIN é o ambiente que deve oferecer um tratamento seguro, com profissionais capacitados para prover o suporte de vida necessário até que o neonato apresente condições para alta hospitalar com segurança. Estudos nesta área são bastante recentes em comparação com os demais ramos da medicina. Porém grandes avanços já foram observados na terapêutica neonatal a fim de melhorar a sobrevida dos RNPT e/ou BP, e esses não visam apenas entregá-los com vida aos seus pais (TRAGANTE; CECCON; FALCÃO, 2010), mas a prevenção das sequelas e iatrogenias, que culminam com a determinação de melhor qualidade de vida para a criança e sua família.

Apesar de a neonatologia ser uma área recente da medicina, no ano de 1907 o médico francês, Pierre Budin, apontou em seu livro, *The Nursling*, traduzido como “O lactente”, a importância dos cuidados com a manutenção térmica do RN, a antisepsia, como prevenção de infecções, e o incentivo ao aleitamento materno

(BUDIN, 1907), temas que permanecem atuais e relevantes nas discussões que envolvem os RNPT e/ou BP.

Ao longo dos anos, Budin verificou que um significativo número de mães abandonavam seus filhos que permaneciam em cuidados neonatais, e iniciou um processo de mudança nas unidades neonatais sob sua responsabilidade. As mães que antes eram impedidas de permanecerem nas unidades, a partir de então, passaram a ser estimuladas a ficar ao lado dos seus filhos, amamentarem no peito, e a realizarem os cuidados. Essas mudanças contribuíram com a redução do abandono (BUDIN, 1907).

No final do sec. XIX, Martin Cooney, aluno de Budin, após demonstrar o sucesso no cuidado com mais de cinco mil crianças prematuras, conseguiu mobilizar a consciência profissional para o fato de que os pré-termos poderiam se desenvolver normalmente, assim vários centros de assistências ao prematuro foram criados (DAVIS; MOHAY; EDWARDS, 2003). Porém, diferentemente de seu professor Budin, Martin Cooney, não permitia a presença das mães nos cuidados aos seus filhos internados.

Esse modelo de assistência neonatal, que excluía os pais dos cuidados aos seus filhos pré-termos perdurou por muitas décadas em quase toda cultura ocidental. Foi somente por volta de 1960, que o modelo de assistência neonatal começou a ser revisto, devido às evidências científicas de que a internação prolongada do prematuro e a separação do binômio mãe-filho eram fatores de risco para: retardo no desenvolvimento, sequelas neurológicas e maus-tratos (BRETHERTON, 1992). A partir destes achados, iniciou-se um novo processo de mudanças na tentativa de humanizar a assistência ao RN, reconsiderando novamente a presença dos pais, a participação no cuidados de seus filhos, e também nas tomadas de decisões sobre o tratamento (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

Na década de 80, considerando a evolução técnico-científica dos serviços de saúde e, a não correspondente evolução na qualidade da inter-relação humana, tornou-se uma necessidade premente discutir a humanização do atendimento em saúde. O tema foi objeto de vários debates nacionais e internacionais, com o objetivo de aprimorar a qualidade da assistência, e com foco no cuidar humanizado, o qual emerge de conceitos bastante variados, porém está sempre convergente para o cuidado ético, individualizado, respeitando as singularidades de cada ser humano (SOUZA; MENDES, 2009).

Nesta mesma época, na Colômbia, Bogotá, surgia um novo paradigma de cuidado ao RNPT e/ou BP, nele as mães colocavam os bebês em contato pele-a-pele na tentativa de regular e manter a temperatura corpórea dos mesmos, por falta de incubadoras para os neonatos, uso compartilhado das mesmas, com ocorrência de infecções cruzadas e elevados índices de mortalidade infantil (BRASIL, 2011a). Essa nova estratégia de cuidado recebeu a denominação de Método Mãe Canguru (MMC), e aos poucos ganhou expansão mundial, esta prática foi disseminada nos cinco continentes e, em mais de 80 países até o ano de 2009 (MARTINEZ, 2009).

No Brasil a adesão ao MMC, no ano 2000, não se deu por falta de equipamentos e nem como substituição às práticas tradicionais, mas por ser uma prática de cuidado humanizado que sinalizava para grandes benefícios ao binômio mãe-filho (BRASIL, 2011a).

Assim, foi apresentado como Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso (AHRNBP) – (re) conhecida como Método Canguru, e se propôs a mudar o paradigma de assistência ao neonato, com foco na humanização associada aos avanços tecnológicos clássicos. Atualmente, o mesmo é dividido em três Etapas, a *inserção hospitalar*, a *Unidade Convencional Intermediária Neonatal Canguru (UCINCa)* denominação esta que substitui a *Enfermaria Canguru*, a partir da portaria n. 930 de 10 de maio de 2012, e o *seguimento ambulatorial* (BRASIL, 2011a).

Apesar de ser utilizado em número crescente de maternidades em todo o território nacional, nem todas as unidades realizam o método em sua totalidade, devido a diversas situações inerentes a sua implantação, e principalmente por não se adequarem à estrutura física necessária para a 2ª Etapa do MC (GONTIJO, 2010). Contudo, este cenário tende à mudanças uma vez que a partir da portaria GM/MS nº. 930/12, as UTIN e UCINCo deverão adequar os leitos na proporção de 1/3 destinados ao conjunto UCINCo e UCINCa (BRASIL, 2012b).

A UTIN na qual este estudo foi realizado faz parte de um hospital público de ensino de grande porte, localizado em uma capital da Região Sul, Brasil. Esta UTIN, que conta com equipe composta por 10 tutores¹ no MC, é reconhecida como referência no MC para todo o estado. Os tutores foram capacitados pelo Ministério

¹ Profissionais de saúde que realizaram o curso de 40 horas de Capacitação de tutores no Método Canguru, em parceria com o MS e estados, e que se comprometeram em reproduzir os cursos de capacitação de novos tutores e condução de cursos (30h) de capacitação para as equipes das maternidades (BRASIL, 2011b).

da Saúde, e desde abril de 2009, promovem o trabalho com a Metodologia Canguru nas práticas de cuidado ao RNPT e/ou BP.

A equipe multiprofissional da UTIN foi sensibilizada e capacitada para trabalhar com o MC, e os avanços na prática de enfermagem voltados ao atendimento humanizado têm sido, empiricamente, notados pela equipe. No entanto, são verbalizadas fragilidades, no cotidiano do cuidado, que fazem relação às tomadas de decisão, e aos critérios para a realização de procedimentos que congregam as ações previstas no Método, como por exemplo: modo de fixação da sonda orogástrica, colocação de RN entubado em posição canguru, momento ideal para incentivar o aleitamento materno, o peso do RN para transferência para enfermaria canguru e, a permanência do pai nesta enfermaria.

A equipe de tutores tem identificando a necessidade de discutir sistematicamente essas ações de cuidados fundamentados no MC. No entanto, devida à elevada demanda de internações na unidade, aliada à indisponibilidade de tempo para reuniões, este planejamento tem sido adiado. Destarte, até o momento, não existem orientações sistematizadas que promovam o esclarecimento das dúvidas expressas pela equipe multiprofissional de cuidado e, sobretudo, que seja consensual e universal neste serviço.

A oportunidade de realização desta pesquisa no Mestrado Profissional permitiu o direcionamento de seu planejamento para responder à pergunta norteadora: *Como sistematizar o cuidado ao RNPT e/ou BP com base nas propostas do MC, e na percepção da Equipe de Enfermagem?*

Nesta perspectiva, pretendeu-se, portanto subsidiar a equipe de tutores e gestores da UTIN no aprimoramento da prática de cuidado assistencial humanizada ao RNPT e/ou de baixo peso com base no Método Canguru, além de propiciar o avanço desta, com a construção de algoritmos de cuidado de enfermagem fundamentado no Método Canguru.

1.1 OBJETIVOGERAL

- Construir algoritmos de cuidado de Enfermagem fundamentados no Método Canguru.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a percepção da equipe de enfermagem sobre as ações preconizadas pelo Método Canguru e sua aplicabilidade.
- Promover oficinas de discussão sobre o cuidado de enfermagem na UTIN, sob a ótica da equipe de enfermagem e das diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde brasileiro.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Nesse capítulo de revisão de literatura tipo narrativa, são abordados aspectos relacionados: à Mortalidade Infantil (MI), sua visibilidade no mundo, no Brasil, bem como, no Paraná e no município de Curitiba. A prematuridade e suas peculiaridades como uma das principais causas contribuintes com a MI. A importância do vínculo entre mãe/família/RN nascido prematuramente. As políticas públicas de proteção e promoção da saúde integral da criança, em especial, o Método Canguru, explanando seu histórico, a disseminação mundial desta prática de cuidar, a proposta brasileira e as vantagens do método sobre o desenvolvimento infantil.

Na sequência, relacionadas a esta prática de cuidar, encontram-se as ações de cuidados de enfermagem como diferencial para o melhor desenvolvimento infantil dos RNPT e/ou BP. E como proposta de protocolo de cuidado fundamentado no MC apontou-se a possibilidade de construção de algoritmos como instrumentos para organização e ordenação do processo de cuidar em Enfermagem.

2.1 MORTALIDADE INFANTIL

Há muitas décadas a Mortalidade Infantil² (MI), embora em redução em grande parte dos países, representa um problema mundial de saúde pública. Diante desta situação, vários projetos e políticas públicas foram desenvolvidos a fim de reduzir os índices de MI. No ano 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) reuniu-se com 191 nações, e após analisar quais eram os maiores problemas mundiais, foram estabelecidas metas que ficaram conhecidas como Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM). Dentre os oito objetivos estabelecidos a serem alcançados até o próximo ano, 2015, encontra-se a redução da mortalidade na

² Como definição a Mortalidade Infantil (MI) corresponde aos óbitos de crianças menores de um ano de idade, e sua taxa é construída com a razão entre a ocorrência dessas mortes, em uma dada população, em um determinado ano civil, e o número de nascidos vivos (NV) desta mesma população, no mesmo ano civil, multiplicado por 1.000. A MI expressa o risco de morte a que estão expostos certo número de crianças a cada mil nascimentos. A MI tem como componentes os óbitos neonatais precoces (de menores de 7 dias), os neonatais tardios (de 7 a 27 dias) e os pós-neonatais ou infantil tardio (de 28 dias a menor de uma ano) (IBGE, 2013; IPEA, 2014; OMS, 2008).

infância como o quarto, e a melhoria da saúde das mulheres, como o quinto objetivo (WHO, 2013).

A redução da mortalidade na infância nos países signatários deste Pacto tem sido divulgada mediante relatórios periódicos. Assim, em maio de 2014, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) emitiu o Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio do Brasil. É apontado que o Brasil, à frente de muitos países, já atingiu, em 2011, a meta esperada para a mortalidade na infância, decaiu de uma taxa de 53,7 para 17,7 óbitos de menores de cinco anos, por mil nascidos vivos. E mais, que a queda deve continuar, mesmo com as disparidades regionais, nas quais o Norte e o Nordeste ainda mantêm-se superiores ao indicador nacional. O Relatório atribui este sucesso a vários aspectos, a saber: incentivo ao aleitamento materno, política pública da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC); expansão da atenção básica; transferência de renda por meio da Bolsa Família, para o combate à mortalidade infantil; à política de atenção aos povos indígenas; ao Programa Nacional de Imunizações (PNI), existente há 40 anos (IPEA, 2014; VICTORA, 2008).

O Relatório ainda esclarece que a mortalidade de crianças menores de um ano compõe o cenário de redução de mortes na infância, e apesar de sua visível redução, ainda sinaliza com preocupação a redução dos óbitos neonatais precoces, devido sua maior magnitude, e à complexidade de atuação sobre suas causas determinantes, as quais cercam significativamente os serviços de pré-natal, parto e puerpério. Neste sentido, a prematuridade figura dentre as principais causas contribuintes, respondendo por quase 19% do total de mortes infantis registradas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em 2011 (IPEA, 2014).

Já o baixo peso ao nascer ocorre em 14% das crianças. Condição esta que frequentemente resulta das más condições de vida e saúde, e do *status* nutricional da mãe. Evidências têm apontado que a carência, ou precariedade, da atenção à saúde da mulher contribuem para um alto número de mortes neonatais (UNICEF, 2009).

Deste contexto, emerge a discussão da mortalidade perinatal (os óbitos que ocorrem entre a 22ª semana de gestação e o 6º dia de vida após o nascimento) que tem como determinantes causas ligadas a mãe, como problemas relacionados à gestação (diabetes e hipertensão gestacionais), ou agravados por ela (problemas cardíacos ou respiratórios na mulher), parto, anormalidades congênitas, o retardo no

crescimento intrauterino (RCIU), a prematuridade, o baixo peso ao nascer, os quais podem, além de outros fatores etiológicos, serem advindos das infecções relacionadas à gestante, em especial a urinária. Óbitos, portanto, que se relaciona com a qualidade da assistência nos serviços de saúde, do planejamento familiar, ao pré-natal e parto, demonstrando a importância da atenção ao pré-natal e ao nascimento para a redução da mortalidade infantil no Brasil (BRASIL, 2004a).

A saúde e vida da criança estão evidentemente relacionadas ao acesso e qualidade do atendimento à mulher em seu processo gestacional, de pré-parto, parto e pós-parto, sobretudo imediato. Acerca do acesso das gestantes à maternidade, a UNICEF (2009), afirma que em muitas regiões em desenvolvimento, aproximadamente uma em cada quatro gestantes não recebe uma visita de um profissional de saúde capacitado para atendimento pré-natal, e que dois em cada cinco partos ocorrem sem a assistência de um médico, uma enfermeira ou uma parteira.

As metas projetadas prospectivamente para 15 anos, depois do final do ODM, em 2015, ou seja, para até 2030, propõem investimentos concentrados no cuidado neonatal de maior risco (primeiros seis dias de vida), e cuidados obstétricos na prevenção de asfixias e traumas neonatais, que constituem causas passíveis de intervenção, além de investimentos em novas pesquisas de vacinas contra a pneumonia, que continua como grande contribuinte da MI (MATHERS, 2014).

Sem dúvidas a TMI é classicamente considerada um forte indicador social, pois reflete níveis precários de saúde, de condições de vida e de desenvolvimento socioeconômico de uma população. Observa-se também que é inversamente vinculada à esperança de vida, ou seja, quanto maior a expectativa de vida, menor é a TMI (IBGE, 2013). Como um registro de notificação obrigatória mundial, a TMI torna-se uma ferramenta para apurar a situação da saúde infantil, bem como diagnosticar as multicausalidades dos óbitos infantis, e em consequência estabelecer objetivos e metas para a redução dos óbitos evitáveis (ORLANDI, 2007).

O evento óbito infantil é considerado como um *evento sentinela*, pois sinaliza situações sociais e de saúde inadequadas. A análise do evento, suas circunstâncias, e seus fatores associados, permitem identificar quais deles poderiam ser redutíveis, bem como os caminhos possíveis para planejamento das ações. O objetivo maior é a intervenção nos grupos populacionais de maior vulnerabilidade, com ações

preventivas e advindas das políticas públicas, e assim evitar outros óbitos nas mesmas circunstâncias (ORLANDI, 2007; JOBIM; AERTES, 2008).

O índice de MI considerado aceitável pela OMS é de 10 mortes para cada mil NV (BRASIL, 2009). Os maiores índices de MI encontram-se no Sul da Ásia e África, como exemplo, o Afeganistão com 144 óbitos por mil NV e Serra Leoa com 134. Dentre os países que apresentam menor TMI encontram-se dois pertencentes ao Continente Asiático, Cingapura e Japão, com taxas inferiores a cinco óbitos infantis por mil NV; os mesmos apresentaram um rápido aumento de riquezas e processos de industrialização, no período de 1960 a 1990, com investimentos em diversas áreas (OMS, 2012).

Em particular, no Estado do Paraná a MI tem sua redução lenta e desigual, em algumas regiões, contudo com descenso importante na TMI, de 19,6 para 11,6 por mil NV, entre 2000 e 2011, acentuados no neonatal precoce, com 58%; com redutibilidade sinalizada mediante análise dos Comitês de Prevenção entre 65 a 74%; como critérios de redutibilidade mais significativos emergem a atenção à gestação, parto e RN (50%); e os óbitos analisados tiveram apontados como determinantes causais à família, a sociedade, a assistência ambulatorial e médico-hospitalar; e como medida de prevenção a indicação de melhor atenção às instâncias de atendimento à gestante (PARANÁ, 2014).

A conquista do descenso nas TMI certamente se deve à qualidade da assistência dos serviços de saúde, tanto ambulatoriais como hospitalares, prestada às gestantes, ao parto e no puerpério, mesmo considerando que ainda há situações apontadas pelas pesquisas para a melhoria da assistência ao período gravídico e nascimento (ORLANDI, 2007; MATHIAS *et al.*, 2008; SANTANA *et al.*, 2011).

Em Curitiba, capital do Estado do Paraná, houve redução de cerca de 80% na TMI, no período de 1979 a 2012. Redução esta ocorrida principalmente no período pós-neonatal (91,3%), seguido do período neonatal tardio (55,6%) e em menor porcentagem no período neonatal precoce (61,57%). Dentre as causas dos óbitos infantis observou-se maior redução da mortalidade nos grupos das doenças infecciosas e parasitárias (87,6%), doenças do aparelho respiratório (83,5%), das afecções do período perinatal (45,1%). A última causa citada foi responsável pela maior proporção de mortes infantis, em todo o período. (CURITIBA, 2012a).

Diante deste cenário, reitera-se que o indicador de mortalidade infantil constitui-se como base para elaboração de políticas públicas de saúde e de ações para melhoria da qualidade de vida e saúde de uma população.

2.2. PRÉ-TERMO

2.2.1. Definições, causas e prevenção

Como foi destacado anteriormente, nascer prematuramente oferece risco à sobrevivência, além do que acarreta em desestruturação familiar, alterando as expectativas e anseios da perinatalidade. A prematuridade é decorrente de causas diversas e imprevisíveis, e que exige uma estrutura de assistência complexa ao neonato prematuro, fundamentais à sua sobrevivência (RAMOS; CUMAN, 2009).

A prematuridade pode ser definida considerando-se a idade gestacional como: prematuridade limítrofe, relativa aos pré-termos nascidos entre 35 e 36 semanas de gestação; prematuridade moderada, que caracteriza os nascidos entre 31 a 34 semanas de gestação; e prematuridade extrema, que retrata os pré-termos que nascem antes de ter completado 31 semanas de gestação (DEMARI *et al.*, 2011).

Assim, são considerados pré-termos, todos os RN nascidos com menos de 37 semanas completas ou 259 dias de gestação, contados a partir do primeiro dia do último ciclo menstrual regular. São, por sua vez, classificados como: baixo peso ao nascer, quando apresentam menos de 2500 gramas; muito baixo peso ao nascer, com menos de 1500 gramas; e extremo baixo peso, com menos 1000 gramas (BRASIL, 2011a).

Apesar dos grandes avanços da perinatologia ocorridos nos últimos anos, a idade gestacional e o baixo peso ao nascer (BPN), são as maiores causas predisponentes da morbimortalidade em neonatos, e determinantes de prognósticos da prematuridade, por considerar a relevância da imaturidade dos órgãos e dos sistemas crianças nascidas prematuras. Portanto, a prematuridade é expressa como um evento indesejado considerando-se os altos índices de mortalidade, os danos passíveis ao desenvolvimento dos RN, e o desafio da qualidade da assistência ao neonato prematuro (ARRUÉ, 2013).

Segundo dados do SINASC, em 2012 foram realizados no Brasil 2.905.789 de partos, desses 344.656 (11,9%) foram partos pré-termos, dos quais: 299.063 (10,3%) nasceram entre 32-36 semanas de gestação; 30.316 (1,1%) entre 28-31 semanas; 13.749 (0,5%) entre 22-27 semanas de gestação. As infecções maternas durante a gestação representam 40-50% dos partos pré-termos (BRASIL, 2012a).

Cerca de 50% dos partos acontecem prematuramente devido a causas desconhecidas (IAMS, 2008), no entanto, entre as principais causas conhecidas estão às síndromes hipertensivas e hemorrágicas da gestação, as infecções genitais determinadas por inúmeros patógenos, às doenças crônicas pré-existentes, as malformações uterinas, as gestações múltiplas, os fatores sociais, dentre outros (FEBRASGO, 2011).

Segundo Passini (2010), os partos pré-termos sofrem influências ambientais, sociodemográficas, e psicossociais. Dentre os fatores ambientais estão: o tabaco, álcool, drogas ilícitas, nutrição inadequada, condições de trabalho, e atividades físicas. Já, o *stress* agudo ou crônico, ansiedade, depressão e a falta do suporte social, são agrupados como influências psicossociais, e entre os fatores sociodemográficos que influenciam o parto pré-termo figuram: a idade materna, estado marital, condições econômicas e condições adversas de moradias (PASSINI, 2010).

Além de o nascimento prematuro prever grandes esforços da criança para condicionamento, adaptação e sobrevivência à vida extrauterina, seu impacto econômico também é bastante elevado. Nos Estados Unidos são gastos 26 bilhões de dólares/ano com partos pré-termos, enquanto um RN nascido a termo custa para o governo 3 mil dólares no primeiro ano de vida; um RN pré-termo gera um custo em torno de 31 mil dólares (GILBERT, 2006).

Quanto mais prematuro o nascimento, maior a imaturidade e o esforço pela sobrevivência, pois a maturidade dos sistemas corporais está condicionada ao desenvolvimento intrauterino (GILBERT, 2006). As implicações do nascimento prematuro são particularmente relevantes para o sistema cerebral, respiratório, digestivo, e sensorial (BRASIL, 2011a; 2011e).

Cada órgão tem necessidades específicas para seu crescimento e desenvolvimento até atingir em condições essenciais a idade do termo, superior a 37 semanas de gestação, o que acontece de maneira normal e esperada no ambiente uterino, por serem livres de ruídos, estímulos sensoriais e fatores estressores.

Quando este processo é interrompido pelo nascimento, o cérebro imaturo recebe a informação, e é envolto por uma quantidade de estímulos para os quais não está preparado, em quantidade ou em qualidade, esta sobrecarga pode acarretar em efeitos danosos ao desenvolvimento infantil dessa criança (BRASIL, 2011a; 2011e).

As principais causas de internamento em UTIN estão relacionadas à prematuridade, portanto relacionadas com toda certeza a fatores de imaturidade do sistema respiratório. Pois, no ambiente intrauterino a respiração pulmonar, ainda não está ativa, o bebê recebe as trocas gasosas efetuadas pela placenta, recebe o sangue oxigenado e devolve dióxido de carbono resultante do seu metabolismo. Na eventualidade do nascimento prematuro os processos fisiológicos de adaptação, crescimento e diferenciação pulmonar serão acelerados, mas, o RN pode não conseguir respirar de forma eficaz, e necessitar de suporte ventilatório para compensar essa dificuldade de adaptação (ARAUJO, 2011; BRASIL, 2011a; 2011e).

A imaturidade do sistema respiratório se revelapor inadequada produção de surfactante pulmonar; por incompleta formação das estruturas pulmonares, sobretudo dos alvéolos; ou ainda, por incapacidade funcional de carrear o ar para dentro do pulmão de forma eficaz, por falta de força muscular. A adaptação da função pulmonar é gradual, exige que os músculos respiratórios do bebê se fortaleçam, e que o centro respiratório central mantenha a função respiratória de forma regular e eficaz, e, sobretudo que as estruturas pulmonares, sobretudo os alvéolos, se desenvolvam o suficiente (BRASIL, 2011a).

Outro sistema que é afetado na ocorrência do nascimento prematuro é o sistema digestório. Quando intrauterino o bebê recebia da placenta todos os nutrientes necessários para o seu desenvolvimento saudável, com o nascimento, é esperado que este RN iniciasse o aleitamento materno, que poderá acontecer via sucção ao peito materno, oferta manual com o uso de copinhos, ou ainda, por via sonda orogástrica (SOG). A opção pela via dependerá da idade gestacional ao nascimento. Normalmente antes de 32 semanas o RN é alimentado via SOG, devido à imaturidade para coordenar as atividades de respirar, sugar e engolir, as quais são dependentes primariamente da maturação cerebral. A capacidade em digerir o leite materno varia de acordo com o RN, e podem durar alguns dias, pois o estômago e intestino estavam acostumados somente a digerir o líquido amniótico (BRASIL, 2011a).

O sistema sensorial por sua vez também sofre com o nascimento prematuro. A visão é o último dos sistemas a se desenvolver. As estruturas oculares estão presentes, mas as conexões nervosas e a maturação do córtex visual continuam a se formar ao longo da infância e adolescência. O reflexo pupilar está ausente até 34^a semanas, fato que implica na recepção de toda luz ambiente chega na retina sem filtro. Mediante esta situação verifica-se a necessidade de proteção máxima do RN aos estímulos luminosos, utilizando panos sobre as incubadoras, de preferência escuros, e também a redução na intensidade da luz ambiente, e utilização da iluminação indireta (BRASIL, 2011a).

Enfatiza-se também que os sons intensos em qualidade e quantidade podem perturbar o bebê, gerando desconforto e stress, que levarão a alteração do ritmo cardíaco e respiratório, e no consumo de energia e de oxigênio. Não se conhece a dimensão do impacto do ruído no desenvolvimento do bebê, mas já foi observado que crianças prematuras apresentam alterações no processamento do som, diminuição da acuidade auditiva e dificuldade no processamento da linguagem (BRASIL, 2011a).

Com fundamentação no espectro de consequências indesejáveis da prematuridade, tanto para o RN quanto para sua mãe/família, bem como, para os gastos públicos, volta-se o olhar para a assistência ao pré-natal, visando sua qualidade, e para as políticas públicas, na intenção de redução dos índices de prematuridade. Neste sentido, o atual presidente da Comissão Nacional Especializada de Gestação de Alto Risco da FEBRASGO, o médico Dênis José Nascimento afirma que:

Fundamental é a assistência obstétrica de qualidade, com rigorosa atenção às condições biopsicossociais das gestantes, identificando as várias situações de risco junto aos dados anamnésicos, exames clínicos e toco ginecológico exemplares, além de todos os exames laboratoriais e de imagem que se fizerem necessários (NASCIMENTO, 2011, p. 2).

Tendo em vista que a prevenção do parto prematuro é fundamental, mas também um grande desafio, que conclama por esforços multiprofissionais, transdisciplinares, e intersetoriais, Iams *et al.* (2008) apontam três etapas voltadas

para a prevenção do parto prematuro, às quais denominaram de Etapas Primária, Secundária e Terceária.

Na Etapa Primária atenta-se para a fase pré-concepcional, que envolve desenvolvimento de políticas públicas, a educação da população quantos aos riscos gestacionais, a prevenção das gestações múltiplas, a correção e/ou controle de distúrbios nutricionais e de saúde (doenças). Ao componente gestacional, compete à viabilização da atenção ao pré-natal com foco na prevenção da prematuridade, a eliminação do uso de tabaco, a investigação da necessidade de suplementos nutricionais e o rastreamento dos fatores de risco (IAMS *et al.*, 2008).

Na Secundária pretende-se eliminar ou diminuir os fatores de riscos previamente conhecidos promovendo e monitorando o tratamento das infecções; instruindo a gestante quando as adequações necessárias frente às mudanças gestacionais; manter clinicamente a realização de avaliação da insuficiência cervical, avaliar anomalias uterinas, e acompanhamento bastante próximo das gestações múltiplas (IAMS *et al.*, 2008).

A Terceária implica em realizar o diagnóstico precoce do trabalho de parto prematuro e ruptura prematura das membranas; realizar o tratamento da gestante com risco agudo de parto pré-termo; avaliar e oferecer o tratamento com corticosteróides e antibióticos; realizar o acompanhamento após o tratamento agudo, prestar assistência ao parto e buscar uma regionalização ao nascimento. (IAMS *et al.*, 2008).

Salienta-se que essas orientações foram descritas em 2008, e que na vigência da política materno-infantil atual, como abordado na sequência desta revisão, todas as Etapas devem ser operacionalizadas na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde (RAS) Materno-infantil, visando assistência integral, humanizada, a classificação e referência aos riscos manifestos, em cada oportunidade de consulta de pré-natal.

Conclui-se, portanto que os esforços para diminuir a ocorrência dos partos pré-termos estão centrados nas políticas públicas que promovem a saúde materna, bem como, a qualidade da atenção à gestação, parto/nascimento e puerpério, bem como, na consciência de cada profissional, gestor ou não, que atue na rede de atenção primária, e em todas as esferas de cuidado a este segmento.

2.2.2. O vínculo da mãe/família com o RN

De acordo com o contexto teórico já iniciado, as mudanças ocasionadas pela vinda de um RNPT são complexas e significativas no âmbito familiar, pois a maioria deles necessita de um longo período de internação, obrigando os pais à reestruturação das rotinas diárias, de modo a acompanharem o internamento e desenvolvimento de seu filho nascido antes do previsto (CRUVINEL; PAULETTI, 2009).

Com o internamento do RN em unidade de cuidados críticos ocorre separação abrupta entre mãe e filho, portanto o RN estará privado de receber os cuidados parentais comuns aos RN nascidos a termo (BRASIL, 2009a). Ao invés de receber colo, ganhará um leito de incubadora onde ficará isolado e privado do toque. O cheiro de sua mãe será substituído, pelos odores de substâncias indispensáveis ao seu tratamento. Seu ouvido frágil, não mais ouvirá com frequência a voz de sua mãe, pais e irmãos, aprenderá a conviver com os sons de alarmes, bips e vozes desconhecidas. O carinho, afago, o toque, nesse momento serão substituídos pelas inúmeras punções e procedimentos a que os RN pré-termos são submetidos. O aconchego do útero materno se transformou na agitação de uma UTIN.

Essa separação, mesmo que passageira, acarretará na dificuldade ou atraso na formação de vínculo necessário para o desenvolvimento psico-afetivo hígido do RN (BRASIL, 2011a). Como a palavra 'UTI' carrega o estigma de finitude e invalidez (CASANOVA; LOPES, 2009), muitos pais evitam o contato com o filho ou até o rejeitam, na tentativa de amenizar o sofrimento diante da possível perda (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010a).

Ante a complexidade deste momento, emerge a necessidade da equipe de saúde, em especial, a de enfermagem assistir a "família doente" sob um olhar humanizador, facilitando a estremecida interação mãe-bebê (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Contudo o início do processo de formação de vínculo mãe-bebê-equipe necessita do estabelecimento de formas de comunicação entre equipe e familiares, com o incentivo precoce do toque ao RN, e posteriormente a inclusão dos pais nos cuidados básicos aos seus filhos internados na UTIN. Nesta abordagem constrói-se um processo de cuidado centrado na família, respeitando a singularidade de cada criança, promovendo, na relação pais-equipe, a percepção de segurança e proteção

ao filho internado. A construção de cuidado humanizado, segundo os autores, ameniza a ansiedade dos parentais e favorece as relações família-equipe (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Reconhece-se que os avanços da assistência ao RN preveem constantes modificações tanto tecnológicas quanto de humanização do cuidado. Assim, com vistas e reconhecimento do papel da criança na sociedade contemporânea, o cuidado deixa de ser somente curativo e preventivo de infecções, e passa a contemplar o corpo social, emocional e psicológico da criança, revendo as relações com familiares (MOLINA *et al.*, 2007).

E a partir de 1990, com a regulamentação do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), em seu Artigo 12, ficou determinado para todo território nacional a responsabilidade dos hospitais em oferecer para os pais ou responsáveis condições de acompanhamento da criança hospitalizada, em tempo integral (BRASIL, 1990).

Assim, presença dos pais durante o processo de hospitalização foi verificada por Gaíva e Scotti (2005) como favorável não apenas para a formação de vínculo entre a díade, mãe-filho, mas para diminuir o estresse materno e, propiciar o preparo dos pais para o cuidado domiciliar.

Mas, a despeito deste acompanhamento, entende-se que a desestruturação emocional materna frente ao filho internado em UTIN precipita quadro insuficiente de investimento interativo materno sobre a criança, com consequências negativas para ambos, sobretudo para o RN, e possível ruptura do processo de apego (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010a).

A proposta do MC promove, com a inserção dos pais nos cuidados e com sua permanência integral na UTIN, o fortalecimento do vínculo e o aumento do aleitamento materno, benefícios sentidos pelos pais, conforme afirmam Silva, Salmeron e Leventhal (2012). Nesse estudo os pais apontam o método como um grande facilitador para a promoção dos laços afetivos e necessário para o conhecimento e reconhecimento entre a tríade. Quanto ao aleitamento materno a posição canguru facilita uma maior oferta por maior tempo, e ocorre um ganho de peso mais rápido (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010b).

Neste sentido, o estabelecimento de vínculo em UTIN inicia-se desde as primeiras incursões dos pais à unidade, ocorre à aproximação do ambiente, das pessoas que circulam, e se estabelecem relações a partir da comunicação. Ainda

que o sofrimento, a angustia, o medo permeiem o internamento, à medida que os dias passam os sentimentos em relação ao filho internado vão sendo elaborados, ocorrem adaptações ao meio, os vínculos entre a díade mãe-filho são favorecidos, e entre equipe-família se fortalecem. À medida que ocorre essa interação, estabelece-se uma confiança recíproca que contribui para o encorajamento dos pais à participação ativa nos cuidados do seu filho. Nesta perspectiva, a enfermagem representa uma 'ponte' para a ligação afetiva entre pais e filhos (CONZ; MEREGUI; JESUS, 2009; MOLINA *et al.*, 2009).

É essencial minimizar os prejuízos da hospitalização em UTIN, tanto para os pais como para os RN que necessitam do cuidado especializado para sua sobrevivência. Reconhece-se, contudo, que apesar do esforço dos profissionais de enfermagem para humanizar o cuidado em UTIN, o mesmo se constitui em desafio diário, considerando a dinâmica do processo de trabalho, com necessidade de atitudes singulares em contraponto a um sistema de alta sofisticação tecnológica, e dominante (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

2.3. AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE INTEGRAL NA INFÂNCIA

Apesar de anterior abordagem a algumas políticas, este subcapítulo apresenta perspectiva histórica das mesmas. O primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência foi estabelecido durante o Estado Novo (1937/1945), e tinha suas atividades desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância (BRASIL, 2011c).

No Brasil, apresentou nas últimas três décadas significativos progressos em relação à saúde materno-infantil, que foi atribuído às transformações socioeconômicas, demográficas, melhorias dos sistemas de saneamento, e fortemente à criação do SUS, com implementação de programas de amamentação, hidratação oral e imunizações, e mais recentemente ao desenvolvimento do Programa de Saúde da Família, com evidência da atenção às áreas mais pobres do país. Com esses avanços e, sobretudo, com a ampliação do acesso à saúde, houve considerável redução na mortalidade materna e infantil, e paralela elevação nos

índices de aleitamento materno, mas persistem desafios relacionados ao grande número de cesáreas, abortos e nascimentos pré-termos (VICTORA, 2008).

Para concretização da política de saúde brasileira, as áreas de planejamento e gestão, do Sistema Único de Saúde (SUS) organizam ações nas esferas federal, estadual e municipal com respeito às suas diretrizes, e baseadas nos três princípios doutrinários que lhe conferem legitimidade, a universalidade, a integralidade e a equidade (MATTOS, 2009). Atualmente, a Coordenação Geral da Saúde da Criança e Aleitamento Materno é o setor do Ministério da Saúde (MS) responsável por propor e coordenar as políticas governamentais de atenção à saúde da criança brasileira de zero a nove anos de idade. Uma de suas principais atribuições é apoiar os estados e municípios a colocar em prática as recomendações e políticas públicas elaboradas, de forma a cumprir os compromissos assumidos pelo Brasil, para a proteção e atenção à saúde da criança, como os ODM (2000); o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004); o Pacto pela Saúde (2006), e o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal (2009) (BRASIL, 2011c).

O Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal tem como estratégias a parceria com outras instituições, o controle social, a garantia de acompanhante para a mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto, acolhimento nos serviços, expansão da atenção básica, vigilância e investigação do óbito materno e infantil, entre outras ações voltadas a saúde da mulher e recém-nascido (BRASIL, 2004a).

A vigilância da mortalidade infantil e fetal constitui-se a base epidemiológica para o cumprimento dos demais compromissos em defesa da criança assumidos pelo governo brasileiro. O monitoramento e análise dessas mortes é uma estratégia para a redução de sua ocorrência, pois: incentiva a leitura e discussão da história que culminou com o óbito, favorecendo a real visibilidade do evento; analisa a possibilidade de redutibilidade do óbito prospectando a prevenção de outros no mesmo local, e nas mesmas circunstâncias; além de fundamentar e apoiar a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde. A investigação do óbito, que é realizada por Comitês de Prevenção compostos por profissionais de saúde, representantes de entidades civis, de classes e dos serviços de atenção primária e hospitalar, universidades, dentre outras instâncias, tem como objetivo organizar as informações referentes à assistência, recebida pela família/

criança que morreu, em todos os níveis de atenção em saúde. Nesta perspectiva os profissionais da assistência e da vigilância epidemiológica têm compromisso com a vigilância do óbito (BRASIL, 2009a; ORLANDI, 2007).

Os cuidados com a saúde infantil se fazem presente entre as ações essenciais do MS, que busca oferecer atendimento mais humano e de melhor qualidade para as crianças. Iniciativas como o projeto Mãe-Canguru (atualmente definido com Método Canguru), e a promoção do aleitamento materno, têm promovido mudança no atendimento à criança, reduzindo tempo de internação e a incidência de infecções hospitalares, dentre outros benefícios à criança e família. Contudo o MS percebeu que as ações estavam fragmentadas e lançou, em 2004, a “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil” (BRASIL, 2004a).

Esta propõe eixos prioritários de cuidado, denominados *linhas de cuidado*, que norteiam e orientam a ação de todos os profissionais e gestores identificando as ações prioritárias para a saúde da criança, ressaltando a importância do cuidado integral e multiprofissional (BRASIL, 2004a; FROTA *et al.*, 2010).

As linhas de cuidado que impactam na prevenção da morte infantil neonatal desenvolvem-se com foco na atenção humanizada e qualificada, enfatizando, sobretudo a prevenção de gravidez indesejada, monitoramento ou prevenção da gravidez de alto risco, com a identificação dos fatores de risco, diagnóstico e tratamento oportuno de doenças que podem comprometer a saúde da mulher e do RN, ou até mesmo alterar a evolução normal de um processo reprodutivo (BRASIL, 2004a).

Todas as linhas de cuidado preconizadas pela Agenda se dão com base na organização dos serviços para referência e contra referência da gestante, para o pré-natal, o parto e pós-parto, com vistas à tomada de conduta adequada, em tempo hábil para que seja eficaz. Outra ação fundamental, direcionada para o neonato é a Triagem Neonatal, o Teste do Pezinho³, que envolve não apenas a realização do exame laboratorial, mas também a busca ativa dos casos suspeitos, a confirmação diagnóstica, o acompanhamento multidisciplinar especializado e o tratamento dos pacientes detectados (BRASIL, 2004a).

³O Teste do Pezinho realizado nos recém-nascidos faz a triagem para as seguintes doenças: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Fibrose Cística, Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias; A partir do ano de 2012, com a Portaria nº 2.829, de 14 de dezembro de 2012, é incluída na fase IV, a Deficiência da Biotinidase e a Hiperplasia Adrenal Congênita no Programa Nacional de Triagem Neonatal. Todas essas patologias, além de diagnosticadas são tratadas oportunamente, com oportunidade de desenvolvimento normal para as crianças afetadas (BRASIL, 2002a).

Atenta-se em relação à saúde da gestante, que o acesso ao pré-natal é praticamente universal e contribui para desfechos mais favoráveis, pois permite a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de controlar fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê, no entanto, ainda não é satisfatório em todo o território nacional. Falta uma adequação das ações de educação em saúde, em especial ao público jovem, uma rede de serviços de apoio diagnóstico mais ágil e universal, hospitais/maternidades de referência ao parto em todo o território nacional, evitando-se peregrinação da gestante, além do acompanhamento da puérpera e do recém-nascido, bem como o desenvolvimento de programas de puericultura (BRASIL, 2011b; DOMINGUES *et al.*, 2012).

Como conclusão de pesquisa realizada por Domingues *et al.* (2012) revelam-se prioritários para reversão desse quadro a maior facilidade no acesso ao início precoce da assistência pré-natal, melhor utilização dos serviços de saúde para a realização de cuidados em saúde da mulher, e recém-nascido, tanto em atendimentos individuais, quanto coletivos.

Nesta perspectiva, o MS, em 2011, lança a Rede Cegonha, uma estratégia inovadora cujos objetivos são: implementar uma rede de cuidados, ampliar o acesso e melhorar a qualidade da assistência as mulheres, gestantes, puérperas e crianças até 24 meses de vida. Em consequência, assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Também preconiza uma assistência caracterizada pelo acompanhamento contínuo do processo de parturição, prevendo o funcionamento dos serviços em rede, com vistas à desfragmentação, e ao menor gasto público, com maior eficiência (BRASIL, 2011d; CARNEIRO, 2013).

Com este ponto de vista a Rede Cegonha objetiva enfrentar o problema do elevado número de óbitos de mulheres e de crianças, além de garantir às mesmas uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permita vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. As ações dessa estratégia vão além de repasse de recursos, e do aumento de leitos, ou da oferta de procedimentos com a organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, com garantia do acesso, acolhimento e resolutividade. Ela convoca os gestores, trabalhadores e sociedade a refletir e mudar o modelo de

atenção ao parto e nascimento que vem sendo praticado em todo o território nacional, que é medicalizado e tecnocrático (CARNEIRO, 2013; BRASIL, 2011d).

Já o modelo humanista, preconizado pela Rede Cegonha, privilegia o bem-estar da parturiente e RN, considerando todos os aspectos envolvidos, sejam esses de ordem fisiológica, psicológica e do contexto sociocultural. Faz uso da tecnologia e de intervenções, mas de forma apropriada, levando em consideração as singularidades de cada mulher e recém-nascido. (BRASIL, 2011d).

Especificamente em atenção à saúde do RN, a Rede Cegonha, privilegiando os princípios da humanização, enfatiza o cuidado baseado em evidências científicas e, com oferta de todos os exames de triagem neonatal, com garantia de permanência da mãe ao lado do RN durante todo o tempo de internação desde os primeiros momentos de vida, o contato pele a pele, apoio à amamentação e o estímulo à participação do pai (BRASIL, 2011d).

No tocante a amamentação, a OMS recomenda a colocação do RN no contato pele a pele logo após o parto, no intuito de incentivar a mãe para a amamentação através da busca espontânea do neonato à região mamilo-areolar contribuindo dessa forma para o aleitamento materno exclusivo (WHO, 2009). Porém observa-se que esta prática encontra-se muito aquém do preconizado pela OMS. Estudo de revisão sistemática, cujo objetivo foi identificar fatores de risco independentes para a amamentação na primeira hora de vida, concluiu que a cesariana foi o fator de risco mais evidenciado para a não amamentação, além dos fatores socioeconômicos, como baixa renda e baixa escolaridade materna, ausência de pré-natal, parto domiciliar, pouca orientação sobre amamentação no pré-natal e prematuridade (ESTEVES, *et al.*, 2014).

Na perspectiva de mudança deste panorama, o MS brasileiro investe incessantemente em Políticas Públicas e através da portaria GM nº 1.153, de 22/5/2014, altera critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A portaria cria o Código 14.16 onde os hospitais Amigos da Criança após cumprirem os critérios estabelecidos pela portaria receberão acréscimos de incrementos financeiros aos procedimentos de assistência ao parto e atendimento ao recém-nascido em sala de parto (BRASIL, 2014a).

Nesta Política Pública de Saúde há previsão de investimento nas maternidades de referência para a garantia de leitos de UTIN, e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), além dos leitos da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). Esta designação de leitos unidade neonatal, foi recomendada pela Portaria nº 930, 10 de maio de 2012, que, além de dispor sobre as diretrizes e objetivos da atenção integral e humanizada ao RN grave ou potencialmente grave, também dispõem, no Cap. II, sobre a organização e denominação dos leitos (BRASIL, 2012b).

Não há exclusivamente a previsão de investimento em reformas e aquisição de equipamentos, mas também na melhoria da ambiência das maternidades de referência que aderirem à Rede Cegonha (BRASIL, 2011d).

Ao aderir a esta estratégia em 2011, o Paraná integra as propostas da Rede Cegonha à Estratégia da Rede Mãe Paranaense. As mesmas propõem a organização da atenção primária, nas ações do pré-natal e puerpério, do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, especialmente no seu primeiro ano de vida. Na atenção secundária, a organização dos ambulatorios de atenção especializada para a realização do pré-natal de risco, e atendimento das crianças de risco menores de um ano. Na atenção terciária, a organização das Unidades de Terapia Intensivas Adulto, Neonatal e Pediátrica, ambulatorios para a gestação de alto risco, e vinculação do parto das gestantes de alto risco (PARANÁ, 2012).

A Linha Guia da Rede Mãe Paranaense enfatiza a necessidade da estratificação do risco materno e infantil para o direcionamento da assistência na rede estabelecida. Para as crianças isto significa “garantir o cuidado intensivo às crianças com maior probabilidade de adoecer e morrer” (PARANÁ, 2012, P.39). A estratificação se dá como **risco habitual** (criança que não apresentar condições ou patologias que evidenciam algum risco), **risco Intermediário** (filhos de mães da raça negra e indígena, ou de mães com menos de 15 anos ou mais de 40 anos, mães analfabetas ou com menos de três anos de estudos, mães com menos de 20 anos com um filho morto anteriormente ou mais de três partos e filhos de mães que morreram no parto/puerpério) e **alto risco** (prematuridade, asfixia grave, baixo peso ao nascer, desnutrição grave, crescimento e/ou desenvolvimento inadequados, presença de doenças de transmissão vertical e triagem neonatal positiva) (PARANÁ, 2012).

Curitiba se destaca neste contexto por apresentar como princípios fundamentais o respeito e a humanização na atenção à saúde da mulher e da criança através do programa Mãe Curitibana, desde 1999. Em 2002, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba desenvolveu o protocolo de Atenção ao Pré-natal, Parto, Puerpério e a Assistência ao Recém-nascido, atualizado em 2012, contribuindo assim para a melhoria da qualidade da atenção às gestantes e aos recém-nascidos (CURITIBA, 2012b).

2.3.1 O MÉTODO CANGURU

Historicamente a posição canguru passou a ser utilizada a partir do ano 1979, no Instituto Materno Infantil na Colômbia – Bogotá, em virtude das superlotações nas UTIN, com insuficiência de incubadoras indispensáveis para a manutenção da temperatura corpórea dos RN pré-termos, levando a altos índices de mortalidade infantil e também ao desmame precoce. Neste contexto os médicos Dr. Reynolds Sanabria e Dr. Hector Martinez, sugeriram as mães de RN pré-termos e/ou com baixo peso ao nascer, que os colocassem contra o peito no contato pele-a-pele, na tentativa de sobrevivência mantendo-os aquecidos, facilitando o aleitamento materno (BRASIL, 2002b).

Esta estratégia de cuidado veio mais tarde a se chamar Método Mãe Canguru (MMC), termo utilizado em referência às espécies dos cangurus marsupiais, nas quais as fêmeas carregam suas crias prematuras em uma bolsa até completarem a gestação, com a finalidade de manter o aquecimento e alimentação para o fortalecimento e amadurecimento de seus filhotes (MARTINS; SANTOS, 2008).

Esse novo método de cuidado ao RNPT, que aponta benefícios como: maior vinculação entre mãe-filho, incentivo ao aleitamento materno, melhor controle térmico, diminuição do tempo de internação, e segurança dos pais para o momento da alta hospitalar, foi aos poucos sendo difundido em vários hospitais colombianos e, rapidamente ultrapassou fronteiras vindo a ser conhecido mundialmente (CHARPAK; CALUME; HAMEL, 1999).

Com esta motivação os médicos Dr. Rey e Dr. Martinez realizaram várias viagens internacionais com o objetivo de divulgar o MMC, ganhando ao longo de suas jornadas, opositores e adeptos (TAVARES, 2010). Para a comunidade médica internacional o método inicialmente foi tratado como empírico, pois faltavam estudos

avaliativos dos benefícios desta prática, além de entenderem a alta, precoce, como um fator de risco para os RN (BRASIL, 2011a; CHARPAK; CALUME; RAMEL, 1999).

Apesar de o MMC no início ter sido alvo de muitas críticas, vários países europeus adotaram esta prática, e muitos dos achados iniciais foram confirmados com as evidências científicas geradas com as pesquisas (ANDERSON, 1989). Em países desenvolvidos, verificou-se que a prática canguru era uma assistência segura, e que trazia benefícios no processo de amamentação, bem como acalmava o bebê, reduzindo os períodos de choro até o sexto mês de vida; e, ainda evidenciou-se que diminuía o período de internação (LUDINGTON-HOE; HADEED; ANDERSON, 1991; WHITELOW *et al.*, 1988).

No ano de 1991, os médicos precursores dessa metodologia receberam o prêmio *Sasakawa Health*, em Genebra (Suíça) como reconhecimento da OMS pela redução das taxas de mortalidade infantil em RNPT e/ou BP, e aos poucos o MMC foi se fortalecendo mundialmente nas práticas assistenciais em UTIN (TAVARES, 2010).

Em 1994, foi criada a *Fundación Canguro*, na Colômbia, com a finalidade de aprofundar os conhecimentos sobre a Metodologia Canguru, difundir o método, treinar os profissionais de saúde para a oferta de uma assistência de alta qualidade ao RN prematuro e de baixo peso, de maneira científica, eficiente e com racionalização de custos e recursos (COLÔMBIA, 2013).

O MMC ganhou expansão mundial e foi reconhecido como *Kangaroo Mother Care* (KMC) e, desde 1996, são realizados encontros mundiais para o debate do tema. Durante a 1ª Conferência Europeia e o 7º Workshop Internacional realizado na Suécia (2008), pode-se afirmar que o MC, tanto em países de baixa renda como em países ricos: aumentam o vínculo e apego; reduz sintomas maternos de depressão pós-parto; melhora a estabilidade fisiológica e reduz a dor; aumenta percepção dos pais aos sinais infantis; melhora a lactação; e melhora o desenvolvimento do bebê. Diante dessas evidências, passou-se à afirmação de que em qualquer configuração de cuidado ao RN prematuro deve-se evitar a separação de bebês de suas mães/famílias (NYQVIST *et al.*, 2010). Até o ano de 2009, mais de 80 países, nos cinco continentes, já haviam experimentado esta prática (MARTINEZ, 2009).

Estudos realizados por outros países fortalecem a ideia de que o MMC não é indicado apenas para nações mais pobres, mas sim como uma estratégia que

apresenta benefícios em comparação aos cuidados tradicionais. Nos países onde não há restrições de recursos tecnológicos, o MMC sustenta-se no processo de humanização, e fortalecimento de vínculo mãe-bebê (SILVA, 2003).

Esse processo de humanização vem ao encontro da afirmação de Lescius e Cabral (2010), ao expressarem que a tecnologia é fundamental, mas não se deve substituir o humano e familiar, pelo poder de assistência da máquina e do especialista. O ato de carregar o bebê contra o peito, ao longo dessas três décadas, vem mostrando uma nova forma de cuidar, que beneficia a relação entre mãe-bebê e que apresenta diferentes possibilidades de adaptação dessa proposta de assistência ao neonato. Na Europa a prática canguru é realizada nas unidades neonatais, não são relatadas experiências desse cuidado em domicílio (MONASTEROLLO *et al.*, 1998), como é fortemente realizado na Colômbia.

Em um estudo multicêntrico realizado na Europa (2012), envolvendo oito países, (Bélgica, Dinamarca, França, Itália, Holanda, Espanha, Suécia e Reino Unido) com o objetivo de comparar as políticas e práticas nas unidades neonatais no que diz respeito ao envolvimento dos pais no cuidado e incentivo a posição canguru, verificou-se que na maioria das 280 unidades que responderam ao estudo, incentiva-se a participação dos pais nos cuidados. A distribuição do incentivo ao MC entre os países da pesquisa foi para 80% das unidades da Itália, 73% das unidades da França. Já para as unidades Espanholas e do Reino Unido encontrou-se um percentual menor 41%, pois nelas as políticas eram mais restritas, e a posição canguru realizada somente a pedido dos pais, não era uma rotina. Concluiu-se neste estudo que nos países do Reino Unido, França, Itália e Espanha o método convencional de incubadoras supera o do contato pele-a-pele, e para pacientes em suporte ventilatório ou com presença de cateteres umbilicais, se impede a posição canguru (PALLAS *et al.*, 2012).

Nos Estados Unidos pesquisas sobre o KMC demonstram uma maior aproximação dos pais com os RN, sendo reconhecido como uma prática segura, no entanto, outros estudos deverão avaliar os benefícios dessa prática com RN entubados (LEGAULT; GOULET, 1995; LUDINGTON-HOE *et al.*, 2000). Em um de seus estudos, Van Zanten *et al.* (2007), observaram que a posição canguru com RN pré-termos extremos em suporte ventilatório pode ser uma prática segura, porém salienta-se a necessidade de aferir a temperatura corpórea constantemente.

No Brasil, a adesão ao MC não se deu por falta de equipamentos, nem tampouco como substituição às práticas tradicionais, mas por mostrar-se como uma prática de cuidado humanizado que complementa os avanços tecnológicos e que traz grandes benefícios ao binômio mãe-filho (BRASIL, 2011a).

Primeiramente a prática da posição Canguru foi realizada no Hospital Guilherme Álvaro em Santos, estado de São Paulo, em 1991, nas enfermarias de Alojamento Conjunto. Posteriormente, no ano de 1994, o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), cria uma enfermaria para a prática do Método Canguru, que em 1997, destacou-se entre os finalistas do concurso de projetos sociais 'Gestão Pública e Cidadania' com a criação da então 'Enfermaria Canguru'. Salienta-se que em ambas as experiências a posição canguru era utilizada sem critérios técnicos bem definidos (BRASIL, 2011a).

Em 1999, acontece o 1º Encontro Nacional Mãe Canguru, financiado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Social (BNDES), tendo como participantes representantes dos hospitais que já utilizavam esta metodologia, a saber: Hospital Cesar Calls (Fortaleza), Frei Damião (Paraíba), Alexandre Fleming (Rio de Janeiro), Sofia Feldman (Minas Gerais) e Guilherme Alvares (São Paulo) e representantes da Área Técnica da Saúde e Criança do MS.

E após seis meses de análises e observações, a Área Técnica de Saúde da Criança, da então Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, estabeleceu um grupo de trabalho composto por representantes de sociedades, organizações, secretarias e instituições relacionadas à saúde da mulher e do RN, e como fruto de muitas discussões sobre a temática foi elaborado um documento em dezembro de 1999, que embasaria a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru (BRASIL, 2002b).

Em março de 2000, o MS publicou a Portaria SAS/MS nº 72, a qual incluía o procedimento de Atendimento ao Recém-nascido de Baixo Peso, na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) (Brasil, 2000). No mesmo ano, em cinco de julho com a Portaria SAS/MS nº 693 a Atenção humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso- Método Canguru foi aprovado.

A partir do reconhecimento da prática, o MS iniciou um processo de dispersão do método com objetivo de estimular a melhoria da qualidade da assistência neonatal, criando estratégias de implantação nas diversas unidades hospitalares do

país. Criados estrategicamente cinco centros de referências nos estados de Pernambuco, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Maranhão e São Paulo, responsáveis por capacitar instrutores para posterior replicação das capacitações nos seus estados (BRASIL, 2011b).

Durante o curso os profissionais foram capacitados para a utilização do Método Canguru, seguindo a norma do Ministério da Saúde, com perspectiva interdisciplinar, e assim foram habilitados para a humanização dos cuidados hospitalares e ambulatoriais à gestante, à puérpera e ao recém-nascido de risco (GONTIJO *et al.*, 2010).

Em síntese, o MC apresenta como benefícios segundo vários autores (BRASIL, 2011a; SANTANA *et al.*, 2013; SILVEIRA; NEVES; JANTSCH, 2013).

- assistência à gestante de risco desde o pré-natal com foco à humanização do cuidado;
- acolhimento familiar;
- fortalecimento do vínculo mãe-filho que fora afetado por necessidade de hospitalização do RN;
- redução do tempo de separação entre mãe-bebê;
- estímulo ao toque precoce dos pais e
- inserção dos pais nos cuidados aos seus filhos hospitalizados.
- melhoria no desenvolvimento neuro-comportamental e psico-afetivo do RN de baixo peso;
- incentivo ao aleitamento materno, favorecendo maior frequência e precocidade na lactação;
- redução dos estímulos sensoriais durante o período de internação, reduzindo em consequência o stress e dor do RN;
- controle térmico propiciado pela posição canguru;
- diminuição no risco de infecção hospitalar cruzada;
- elevação da autoconfiança dos pais para a alta de seus filhos e cuidados domiciliares;
- maior rotatividade dos leitos hospitalares mediante tempos menores de internação;
- redução nos gastos públicos com cuidados intensivos;
- minimização das necessidades de reinternações.

A metodologia Canguru como um todo, preconiza a UTIN aberta aos pais na condição não mais de visitantes, mas sim como participantes das ações de cuidado dispensados ao seu filho internado. Essa integração família-serviço é iniciada ainda no pré-natal, com a visita da gestante de alto risco, às UTIN (BRASIL, 2011a).

Destarte, no Brasil, o MC foi proposto em três etapas que envolvem o RN e sua família, e serão apresentadas na sequência (BRASIL, 2011a).

Na **1ª Etapa**, que ocorre durante o internamento do RN na UTIN ou UCINCo – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional, na qual pais são acolhidos pelos serviços, dispõe de livre acesso à UTIN, e são estimulados ao contato precoce com o RN e a participação nos cuidados com seu filho. A família será assistida por uma equipe multidisciplinar capacitada no cuidado humanizado, e receberá informações diárias sobre as condições clínicas e evolutivas da terapêutica do RN. Uma estrutura deve ser criada para propiciar a permanência dos pais na UTIN pelo maior tempo possível, e a posição canguru deverá ser incentivada, assim que as condições do RN permitirem, e que os pais o desejarem (BRASIL, 2011a).

Os cuidados dispensados aos RN são realizados de forma a diminuir os estressores como ruídos, dor e luminosidade, respeitando a individualidade do RN. Nos hospitais credenciados ao SUS que adotaram o MC, deve ser garantida a puérpera a permanência na unidade hospitalar de pelo menos cinco dias, e a partir da alta da materna, deverá ser concedido o auxílio transporte para sua vinda diária a UTIN, e assegurada à alimentação no âmbito hospitalar durante a sua permanência (BRASIL, 2011a).

A **2ª Etapa**, ainda hospitalar, corresponde a Enfermaria Canguru, também conhecida como Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru, denominação esta apresentada na Portaria nº 930/12 (BRASIL, 2012b). Nesta etapa a mãe “reinterna” na condição de acompanhante com seu RN em uma enfermaria, que deve estar anexa ou próxima à UTIN, e assume a integralidade dos cuidados, ainda sob supervisão de uma equipe multidisciplinar. Para a permanência da díade nesta enfermaria existem critérios de elegibilidade para a mãe e para o RN.

A mãe por sua vez, deve manifestar o desejo em participar, estar disponível para aprender a cuidar do seu filho ainda bastante prematuro, e ser capaz em reconhecer os sinais de stress e as situações de risco do RN. Para o RN ser transferido para a UCINCa, deve estar clinicamente estável, com nutrição enteral plena, e apresentar um peso mínimo de 1.250g (BRASIL, 2011a).

Neste espaço é incentivada a posição canguru pelo maior tempo possível em que seja agradável para a díade, e para que esse internamento seja bem sucedido, deve haver um preparo satisfatório com as mães na primeira etapa, estas devem ter disponibilidade de tempo e rede social de apoio (BRASIL, 2011a).

A **3ª Etapa** caracteriza-se pela alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial individualizado. Após a permanência dos pais na Enfermaria Canguru, permite-se que o RN receba alta com 1.600g, desde que a mãe esteja psicologicamente motivada e apresente segurança em cuidar do filho no domicílio. Para a efetivação da alta, o RN deve apresentar um ganho ponderal adequado durante três dias consecutivos, e sucção efetiva em peito materno. É assegurado aos pais, o atendimento na unidade hospitalar de origem a qualquer momento, e o acompanhamento ambulatorial até que o RN apresente 2.500g, quando receberá alta da terceira etapa, e seguirá acompanhamento de crescimento e desenvolvimento proposto pelo MS. Quando essas etapas se sucedem com eficiência e eficácia diminuem significativamente as reinternações hospitalares (BRASIL, 2011a).

Os benefícios do MC já foram amplamente explorados, e os esforços para a implantação dessa prática pelo MS nos hospitais são contínuos. Estudo realizado por Gontijo *et al.* (2010), revela que 84,9% de hospitais/maternidades, com profissionais capacitados pelo Ministério da Saúde, implantaram a primeira etapa do Método Canguru, o que demonstra relativo sucesso, principalmente no que diz respeito à incorporação de práticas humanizadoras nessas instituições. Porém, apenas 47,3% implantaram as três etapas conforme a norma brasileira. Essas porcentagens denotam que a capacitação foi imprescindível para o início da implantação do método, entretanto, não foi o suficiente para mudança de práticas para a segunda e terceira etapas.

As dificuldades apontadas por Gontijo, Xavier e Freitas (2012) para implantação do MC nas instituições brasileiras estão, em sua grande maioria, relacionadas aos aspectos gerenciais administrativos, ou seja, dificuldade em adequar estrutura física para a realização da enfermaria canguru; insuficientes recursos humanos; e inadequação de materiais e recursos organizacionais e principalmente falta de apoio institucional.

A hospitalização de um filho na UTIN é marcada por muitas angústias, inseguranças e impotências diante do filho com necessidades de cuidados. Esta

situação de risco eminente de morte desencadeia nas mães, um processo de medo contínuo e muitas vezes rejeição ao filho hospitalizado que lhe é apresentado muito diferente do idealizado (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010a).

Na percepção dos pais, a UTIN é um ambiente desconhecido e assustador e que traz muitos medos e inseguranças. O momento da primeira visita, o acolhimento, é fundamental para criar um elo entre equipe e familiares e para desmistificar a UTIN como algo ruim, esse momento deveria de ser acompanhado por um familiar para oferecer suporte emocional (SCHMIDT *et al.*, 2012).

Na primeira etapa do MC com a necessidade do internamento do filho prematuro, a mãe percebe-se confusa em seus sentimentos, necessitando lidar com abandono do lar e atividades diárias. A oportunidade de a mãe praticar a posição canguru pela primeira vez foi objeto de um estudo elaborado por Santos *et al.* (2013), neste estudo foi observado que a partir do momento em que elas podem participar dos cuidados ao RN, neste caso, pegar pela primeira vez em posição canguru, é que se sentem verdadeiramente mães. Exacerbam um misto de alegria e emoção em meio ao medo de não saber cuidar de um bebê tão pequenino.

A prática de *cangurear* o RN com segurança, vem se fortalecendo nas instituições mundialmente, baseadas em produções científicas. Muitos estudos estão verificando os benefícios dessa prática em RN pré-termos extremos em VM (VM). Na Europa, RN entubados, não são retirados das incubadoras para a prática canguru. Em um estudo recente no Brasil, verificou-se a posição Canguru em RNPT, e em VM, favoreceu o sono profundo, extremamente necessário para a organização cerebral dos pré-termos, em uma relação de 52,3% de RN que atingiram o sono profundo durante a posição, comparado aos 6,8% antes de posicionar o RN e 13,6% após a posição canguru. Durante a retirada do RN da posição canguru, verificou-se um aumento nos sinais dolorosos após o posicionamento na incubadora. Dos 44 RN observados, durante uma hora de posicionamento, nenhum RN necessitou interromper a posição canguru (AZEVEDO; DAVID; XAVIER, 2011).

De acordo com Chechetto (2010), os RN que participam do MC, choram menos, perdem menos calor, sugam mais cedo e o aleitamento materno perdura por mais de seis meses. Em um estudo realizado por Olmedo *et al.* (2012), foi verificado que o MC proporciona vantagens clínicas para o bebê. Após a permanência do recém-nascido na posição prona, preconizada pelo MC, foi observada melhora da

frequência respiratória, da saturação de oxigênio e da frequência cardíaca, durante pelo menos até 60 minutos após a posição (OLMEDO *et al.*, 2012).

Foi desenvolvido com o apoio do MS frente às controvérsias que cercavam o MC, um estudo de coorte prospectivo, comparando oito unidades que possuíam a segunda fase do MC (Centros Nacionais de Referência para o Método Canguru - grupo de estudo) e oito que não possuíam a segunda fase do MC (maternidades integrantes da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais - grupo controle). Foram incluídos no estudo 985 recém-nascidos pesando entre 500 e 1749g. Os resultados mostraram que as unidades canguru tiveram desempenho nitidamente superior em relação ao aleitamento materno exclusivo na alta (69,2% versus 23,8%) e aos três meses após a alta, além de menores percentuais de reinternação (9,6% versus 17,1%). Os autores concluíram que o MC como estratégia de humanização adotada pelo Ministério da Saúde é uma alternativa segura ao tratamento convencional e uma boa estratégia para a promoção do aleitamento materno (LAMY *et al.*, 2008).

O aumento na promoção do aleitamento materno condicionado pelo contato pele-a-pele é defendido por vários autores. O contato pele a pele estimula a liberação de ocitocina (hormônio capaz de promover a ejeção do leite durante a amamentação), há indícios que melhora o humor, facilitando a relação afetiva com o bebê (BRASIL, 2011a; VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004). O contato pele a pele proporcionado pelo MC, além de reduzir tempo de internação e custos hospitalares, tem aumentado a adesão ao aleitamento materno (BARBOSA *et al.*, 2011).

Embora evidências comprovem maior adesão ao aleitamento materno quando o RN é colocado em contato pele a pele na primeira hora de vida, estudo recente da pesquisa Nascer no Brasil que contou com 266 maternidades que representam 83% dos partos do país, revelou baixa adesão a esta prática, apenas 16,1% colocam o RN no contato pele a pele na sala de parto, mesmo nos hospitais certificados com o título Hospital Amigo da Criança apenas 24%, o que sugere baixo conhecimento e aderência as boas práticas clínicas (MOREIRA *et al.*, 2014).

Estudo realizado no Rio de Janeiro demonstrou que o custo nas UCINCa, foi 25% menores dos que os custos de uma UCINCo. Este estudo propiciou um novo olhar na disseminação e ampliação dos leitos cangurus no Brasil (ENTRINGER *et al.*, 2013a).

Para a continuidade e sucesso dos objetivos propostos pela prática canguru, faz-se necessário que os atores disseminadores dessa prática, principalmente a

equipe de enfermagem: se apoderem dos conhecimentos que envolvam a fisiologia e desenvolvimento dos RN, bem como suas necessidades de cuidado; desenvolvam habilidades e competências para o cuidar humanizado; favoreçam um ambiente apropriado ao desenvolvimento do RN; favoreçam a promoção de cuidados centrados na família; viabilizando aos pais o início de uma vinculação por meio dos cuidados realizados aos seus filhos. E principalmente que a equipe esteja disponível a lançar seu olhar não somente ao RN hospitalizado, mas para a família momentaneamente fragilizada, oferecendo o suporte necessário, esclarecendo as dúvidas pertinentes, passando confiabilidade dos seus cuidados, neste sentido Comprometendo-se com as ações praticadas ao neonato prematuro e seu desenvolvimento futuro (CONZ; MEREGHI; JESUS, 2009).

2.4. O PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PRECONIZADOS PELO MC

Como fator decisivo no processo de cuidar humanizado, na disseminação dos leitos cangurus, na inserção da família nesse processo e na complexidade da mudança que envolve esta nova prática, encontra-se a equipe de enfermagem, responsável pelo desenvolvimento das ações que propiciarão ao RN prematuro receber o cuidado humanizado.

Nesta linha, verificou-se que a equipe de enfermagem acredita nos benefícios do novo modelo de cuidado, e relata a presença da mãe como fundamental para o desenvolvimento do RN, principalmente para a formação de vínculo materno. Mas, também aponta para o seu despreparo profissional em lidar com situações de conflitos família-profissional, seja devido às características maternas ou próprias, ou mesmo, por sobrecarga de trabalho nas unidades. Para a minimização desses conflitos, os profissionais elencam a comunicação efetiva entre as partes como estratégia de solução (SANTANA; MADEIRA, 2013).

Segundo Costa, Locks e Clock (2012), a equipe de enfermagem é a principal articuladora para a inserção dos pais no ambiente da UTIN, e o ato de acolher é o ponto inicial para o processo de comunicação e de boa relação ente pais e equipe de saúde.

Com papel fundamental na condução do MC, as atividades da enfermeira perpassam as rotinas da unidade, é responsável por acolher e renovar a confiança e a comunicação interdisciplinar, a desenvolver um ambiente promotor de estímulos positivos, demonstrar os achados positivos nos retornos para consulta, reforça o vínculo entre a tríade (mãe, pai e RN), e participa das avaliações de desenvolvimento do bebê, mantendo os pais informados (BORCK; SANTOS, 2012).

Sabe-se que nos períodos de pré-natal e pós-natal precoce ocorre um rápido desenvolvimento cerebral, inicia-se uma organização do Sistema Nervoso Central (SNC) e a mielinização dos neurônios (SILVA; VIANA, 2006; SILVA, 2005). Com o nascimento prematuro há uma interrupção do processo organizacional do crescimento, o que pode vir a comprometer o desenvolvimento sensorial, uma vez que o ambiente da UTIN é adverso ao ambiente uterino (SILVA; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009).

Ao submeter o RN aos eventos excessivos de uma UTIN, tais como: ruídos excessivos, luminosidade forte e constante, grande quantidade de procedimentos, pode-se comprometer o desenvolvimento adequado do SNC e a maturação do padrão de sono e vigília (SILVA; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009). No ambiente intrauterino o feto permanece cerca de 80% do tempo em sono profundo, já na UTIN o RN tem períodos breves de sono, interrompidos pela manipulação diária excessiva. O RN não atingindo o sono profundo, não organiza o cérebro ocasionando prolongadas reduções de oxigênio (SCOCHI *et al.*, 2001).

Estas reduções de oxigênio sucessivas podem acarretar em danos cerebrais irreversíveis para o crescimento e desenvolvimento do RN. O crescimento constitui um grande desafio ao prematuro, e suas condições físicas e funcionais imaturas, podem acarretar o desencadeamento de complicações e comprometer a qualidade de vida futura desse RN (SILVA, 2005).

Logo, existe uma necessidade em reforçar a equipe perinatal os cuidados voltados ao melhor desenvolvimento do RN, incluindo ações para adequar o ambiente e individualizar o cuidado desses bebês, baseados em observações comportamentais que busquem a maior estabilização, organização e competência na tentativa de conservar energia para crescer e desenvolver com qualidade de vida (SILVA; VIANA, 2006).

O cuidado voltado ao desenvolvimento foi descrito por Heidelise Als. A autora designa como cuidados contingentes aqueles realizados com o bebê mediante

estabelecimento da observação da real necessidade do procedimento, e do momento mais adequado para sua realização, bem como, focado nas respostas apresentadas pelo bebê. Assim, ao término do cuidado o RN ficará tranquilo e organizado (AITA; SNIDER, 2003).

Fundamentada nessa ideia, Als (1982) desenvolveu uma teoria que ajuda melhor compreender os comportamentos do RN, a Teoria Síncrono-Ativa do Desenvolvimento (TSAD). A mesma foi assim chamada porque durante cada estágio de desenvolvimento os subsistemas se ampliam independentemente, e ao mesmo tempo interagem entre si continuamente e com o meio ambiente. Na teoria são incluídos cinco subsistemas: 1) *motor*, avaliado pelo tônus, movimentos e postura; 2) *autônomo*, que regulariza a estabilidade fisiológica do prematuro; 3) *estados comportamentais*, representando o estado de sono e alerta; 4) *atenção e interação*, relacionadas à capacidade de interagir do bebê socialmente, emocionalmente e de forma cognitiva com o ambiente; e o 5) *regulador*, envolvendo os esforços comportamentais do RN para manter a autorregulação com o meio (GARDNER, 2005). Neste sentido a TSAD é um processo de planejamento e intervenções individualizadas que se ajustam as necessidades do bebê e que promove ao RNPT a estabilidade de seus subsistemas.

Observando os fundamentos da TSDA e os pressupostos do Método Canguru, verifica-se que ambos focam na observação e interpretação dos comportamentos do RN, e estas observações são fundamentais na aplicação das ações para promoção da maturidade infantil (AITA; SNIDER, 2003). Assim como o MC que estabelece estratégias para um melhor vínculo RN família, o cuidado voltado ao desenvolvimento ancora-se no apoio centrado na família que melhora os resultados fisiológicos e do desenvolvimento a curto e longo prazo (BYERS *et al.*, 2006).

Gaspardo, Martinez e Linhares (2010), evidenciaram que quando a família participa dos cuidados juntamente com a equipe de enfermagem, ocorre maior maturação da estrutura cerebral e melhor função neurofisiológica nos RNPT.

Para a aplicação do MC em uma UTIN, o trabalho do enfermeiro é indispensável, pois vincula o conhecimento científico à realidade prática e, com efeito, reconhece as necessidades do bebê, planeja e desenvolve os cuidados de forma sistematizada (ROLIM; CARDOSO, 2006).

Logo, as intervenções de enfermagem devem auxiliar o RN na adaptação da vida intrauterina para extrauterina, de forma a promover um desenvolvimento eficaz, prevenindo o estresse e o manuseio excessivo.

A aplicação do MC envolve equipe multidisciplinar, e compreende o desenvolvimento de ações práticas subdivididas nas três etapas que o compete, entretanto os cuidados que sustentam os pilares do MC são desenvolvidos em sua quase totalidade pela equipe de enfermagem. Na sequência (QUADRO 1), serão apresentadas as ações que envolvem o MC nas três etapas de cuidado.

1ª etapa UTIN/UCINCo	2ª etapa/ UCINCa	3ª etapa/ ambulatorial
<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento à família e informação sobre o RN; - Estímulo ao acesso livre e precoce dos pais à UTIN; - Garantir a primeira visita dos pais acompanhada pela equipe de profissionais; - Orientar e estimular o toque ao RN; - Incentivar a Posição Canguru quando as condições do RN permitir; - Oferecer suporte e estímulo ao aleitamento materno; - Estimular a participação dos pais nos cuidados ao RN; - Orientar os pais quanto aos sinais de alerta do RN (hipotermia, apneia, choro, cor da pele, movimentos, etc.); - Diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da UTIN; - Garantir ao RN medidas de proteção do estresse (agrupamento dos cuidados); - Favorecer ao RN um posicionamento adequado; - Adequar os cuidados com as necessidades do RN; - Assegurar à mãe no pós-parto a permanência no hospital no mínimo em cinco dias; - Assegurar à mãe, que retorna ao domicílio: a vinda diária ao hospital, auxílio transporte, refeições diárias, e espaço adequado para; - Garantir a visita dos irmãos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Deve haver um consenso entre mãe, família e profissionais de saúde; - Necessidade de uma rede social de apoio ou efetivas; <p>A mãe deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estar motivada, desejar, e estar disponível a participar da 2ª etapa; - Ser capaz de reconhecer os sinais de alerta do RN; - Ter conhecimento e habilidade para colocar o RN na posição Canguru; <p>O RN deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estar clinicamente estável, com nutrição enteral plena e com peso mínimo de 1250g; <p>A equipe deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permitir o afastamento da mãe conforme suas necessidades pessoais ou familiares; - Realizar exames, sinais vitais e controle do peso do RN; - Avaliar condutas nutricionais; - Auxiliar a mãe na amamentação e ordenha das mamas, no banho ao RN e na colocação na posição canguru; - Possuir equipe interdisciplinar e oferecer suporte contínuo aos pais; - Realizar reuniões semanais com os pais dos RN internados; - Estimular a participação paterna ou outra figura de referencia do binômio mãe/RN; 	<ul style="list-style-type: none"> - A primeira consulta deverá ser realizada conforme rotina no serviço e as demais agendadas no mínimo duas vezes na semana no consultório da UTIN; <p>A equipe deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar o exame físico completo do RN; - Avaliar a amamentação; - Avaliar o equilíbrio psico-afetivo entre família e RN, e oferecer o suporte necessário; - avaliar a presença da rede social de apoio e incentivar a sua manutenção; - Orientar e acompanhar os tratamentos especializados (oftalmologia, fisioterapia, avaliação auditiva); - Orientar sobre os cuidados diários e puericultura; - Orientar sobre a vacinação; - Oferecer a família atendimento dos outros profissionais da equipe de saúde tais como: fonoaudiologia, psicologia, serviço social, etc. - promover agenda aberta, permitindo o retorno não agendado do RN, caso necessite; - Incentivar a permanência do RN em posição canguru; <p style="text-align: right;">continua</p>

1ª etapa UTIN/UCINCo	2ª etapa/ UCINCa	continuação 3ª etapa/ ambulatorial
<ul style="list-style-type: none"> - Possibilitar a entrada dos avós e outras pessoas da escolha da rede de apoio, nos horários estabelecidos; - Em RN para adoção promover a maternagem; 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover atividades recreativas, educativas e de lazer; <p>Observar os critérios de alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mãe segura, orientada e motivada a realizar a posição canguru no domicílio; - Familiares conscientes dos cuidados com o RN; - Condição de retorno ao hospital sempre que necessário; - o RN deve apresentar peso mínimo de 1750g, sucção exclusiva no peito ou complemento (excepcionalmente), e ganho adequado de peso nos três dias que antecedem a alta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Quando o RN atingir o peso de 2500g passará a ser atendido no ambulatório de seguimento do hospital ou na Unidade Básica de Saúde.

QUADRO 1: ETAPAS DO MC E AÇÕES COMPETENTES
FONTE: BRASIL, (2014). ADAPTADO PELA AUTORA, (2014).

A proposta brasileira do MC fundamenta-se em cinco pilares (BRASIL, 2011b; VENANCIO, 2004), vale ressaltar que foi encontrado na literatura a menção de somente quatro pilares, não aparecendo o aleitamento materno (MOTA; DE SÁ; FROTA, 2005). A equipe de Enfermagem está envolvida em todos os pilares e o sucesso do método está fortemente atribuído à equipe de enfermagem (SANTANA, 2013; BARROS *et al.*, 2010). Na sequência serão apresentados os pilares do Método Canguru e as ações que competem à enfermagem

A Enfermagem no **acolhimento ao bebê, a seus pais e familiares**. Na equipe de enfermagem estão as pessoas mais próximas tanto no cuidado ao RN, como na receptividade dos pais e familiares nesse ambiente assustador e desconhecido (ROCHA; FERREIRA, 2013). A importância do acolhimento reflete no desenvolvimento das relações de respeito entre equipe e família e comportamento dos pais durante o período de internação ao seu filho. Esta equipe é responsável por acolher esses pais na primeira visita, orientar as rotinas de entrada na UTIN, orientar quanto à ambientação apropriada para o melhor desenvolvimento do RN, aproximar os pais no contato com seu filho, esclarecer a importância do toque ao RN internado para a formação do vínculo, e juntamente com a equipe multiprofissional procurar manter os pais informados quanto ao estado geral do seu bebê, procurando

transmitir otimismo durante o período de internação do RN, sanar as dúvidas que forem surgindo e diminuir as angustias que este período promove, envolvendo-os num processo de educação em saúde.

Na **promoção do contato pele-a-pele** a equipe de enfermagem é o elo de aproximação da díade capaz de transmitir segurança para o início da formação desse vínculo afetivo (MILBRATH, *et al.*, 2011). É o profissional habilitado para o manuseio delicado do RN, e que possui o preparo em atender o RN diante da possibilidade de desestabilização momentânea durante a retirada da incubadora. A colocação do RN no contato pele promove uma maior aproximação dos pais/RN, promove estabilidade térmica do RN e propicia ao RN a organização cerebral quando atinge o sono profundo.

No que tange a **adequação ambiental**, a enfermagem deve promover a adaptação do RN ao meio externo, buscando minimizar os eventos estressores prejudiciais ao desenvolvimento do RN (BALBINO *et al.*, 2012). Neste sentido, a equipe deve atentar para a manutenção do equilíbrio térmico adequado, controlando a temperatura corporal do RN, a temperatura do ambiente, e dos berços, incubadores e calor radiante. Além do controle térmico, a enfermagem é responsável por diminuir sempre que possível a luz sobre os RN, principalmente aos RN menores de 34 semanas que não apresentam pupila foto reagente, o que pode prejudicar a visão quando este cuidado não é realizado (BRASIL, 2011a). Para minimizar a incidência da luz a equipe de enfermagem deve cobrir as incubadoras com tecidos escuros e promover um ambiente de penumbra e assim melhorar os momentos de sono e repouso. Tão importante como o controle térmico e de luz, a equipe de enfermagem deve atentar para a minimização do som dentro de uma UTIN, procurando diminuir o tom de voz, desligar prontamente os alarmes, evitar ruídos desnecessários e conversas contínuas próximas ao RN, pois o excesso de ruídos estressa o RN e o leva a uma desestabilização clínica.

Ainda no sentido de promover o melhor desenvolvimento e conforto do RN, a equipe de enfermagem procura com o MC **respeitar a individualidade** do RN. Todo cuidado dispendido ao RN deve focar a organização e estabilidade deste RN (GASPARDO; MARTINEZ; LINHARES, 2010). Neste contexto deve-se atentar para a real necessidade de manuseio antes de iniciar os procedimentos, e assim procurar realizar analgesia não farmacológica (glicose 25%) para o manejo da dor (LU; LI,

2014), agrupar os cuidados e o fazê-lo com delicadeza e confortar o RN no ninho atentando para a posturação do RN.

Em promovendo a contenção, atentar que as mãos estejam soltas para que o RN possa ter o estímulo de sucção, e preensão. No momento da troca de fralda realizar o cuidado em decúbito lateral, essa posição evita a pressão abdominal, o refluxo gastresofágico e bronca aspiração (BRASIL, 2014b). No momento da pesagem e do banho envolver o RN, propiciando menor perda de calor e maior segurança. Na necessidade do uso de SOG, realizar a fixação “tipo gatinho” no osso zigomático para não restringir os movimentos perorais e facilitar o aleitamento materno. Além de todos esses cuidados, a enfermagem em uso da metodologia canguru deve preservar o sono e repouso dos RN, fundamental para a organização cerebral e preservação de gasto energético (CRUVINEL; PAULETTI, 2009).

É Importante iniciar a inclusão dos pais no cuidado de forma precoce, a fim de proporcionar a aproximação e criação de vínculo. Com auxílio e supervisão da equipe de enfermagem os pais são orientados ao toque, a troca de fralda, verificação de temperatura, contenção com as mãos. A inserção dos pais no cuidado favorece a apropriação do papel de pais e ruptura dos medos em cuidar de um RNBP. Esse processo educativo conduzido pela equipe de enfermagem propicia uma maior segurança dos pais no momento da alta hospitalar.

Outro cuidado importante desempenhado pela equipe de enfermagem relaciona-se ao incentivo do **aleitamento materno**. Devido as dificuldade de coordenação entre sucção, respiração e deglutição apresentado pelos RNPT e/ou BP existe uma maior dificuldade em iniciar e manter o aleitamento materno (GURGEL; MONTEIRO, 2013). Nesse momento o incentivo por parte da equipe de enfermagem na condução da mãe para iniciar a ordena na impossibilidade do RN sugar ao peito, facilita o processo de amamentação quando o RN estiver apto a sugar. Outra estratégia realizada pela equipe de enfermagem refere-se à sucção não nutritiva que estimula a musculatura, preparando para o aleitamento materno posterior.

Promover o cuidado ao RNPT e/ou BP exige do enfermeiro e sua equipe conhecimento e responsabilidade. Quando o cuidado é dirigido ao RN respeitando sua imaturidade e limitações, o profissional tem a potencialidade de reduzir possíveis déficits de desenvolvimento (SILVA; VIEIRA, 2008; BALBINO *et al.*, 2012).

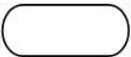
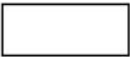





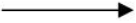
2.4.1 Algoritmo para subsidiar o cuidado de enfermagem ao RNPT e/ou BP

Os algoritmos representados por diagramas de blocos ou fluxogramas são formas padronizadas eficazes para expor os passos lógicos de um determinado processamento (TEXERA; SILVA; MUNIZ, 2013).

Um algoritmo consiste em um conjunto de passos ordenados, bem definidos, que na sequência de um número finito de passos, levam a solução de um determinado problema ou tarefa. A criação de um algoritmo gera um conjunto de instruções que facilmente são traduzidas em instruções de linguagem (MEDINA; FERTIG, 2006). Segundo a definição do dicionário Aurélio o algoritmo é denominado como:

“Conjunto de regras e operações bem definidas e ordenadas, destinadas à solução de um problema, ou de uma classe de problemas, em um número finito de etapas” (FERREIRA, 2004. p. 2).

As representações comumente empregadas para descrever um algoritmo são: a descrição narrativa, os fluxogramas e o pseudocódigo. A descrição narrativa se utiliza da linguagem natural para expressar os algoritmos, os passos para a execução de uma tarefa. Os pseudocódigos são os algoritmos amplamente utilizados na área de computação. E os fluxogramas, também conhecidos como diagrama de blocos (QUADRO 2), empregam formas geométricas para indicar a sequência dos passos e decisões a serem executadas para a resolução dos problemas. Os fluxogramas são constituídos por caixas e setas que indicam o fluxo das ações e devem ser construídos respeitando os padrões das formas geométricas (TEXERA; SILVA; MUNIZ, 2013). Cada forma geométrica indica uma determinada ação como o exemplo representado abaixo:

	Início e fim do fluxograma.
	Execução de ações ou operações (processamento).
	Ponto de decisão, escolha de uma sequência de instruções.
	Entrada de dados.
	Saída de dados ou mensagens.
	Preparação para o processamento.
	Conector de partes do fluxograma dentro de uma mesma página.
	Seta de orientação do fluxo.

QUADRO 2: REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DAS FORMAS GEOMÉTRICAS QUE COMPÕEM UM DIAGRAMA
 FONTE: TEXERA; SILVA; MUNIZ (2013).

A representação sequenciada dos passos de forma hierárquica proporcionada pelo algoritmo de diagrama de blocos facilita a visualização do passo seguinte e permite a tomada de decisão, com minimização de erros, razão de sua escolha como instrumento útil para o planejamento e operação do cuidado ao RNPT e/ou BP.

Portanto, os algoritmos são instrumentos facilitadores em diversas áreas do conhecimento e são comumente utilizados para maior visualização dos componentes e processos de um problema. Na área da saúde, algoritmos clínicos, possibilitam passos corretos da evolução de um assunto específico, uma rotina de trabalho, ou procedimento prestado ao paciente (BEITZ; BATES-JENSEN, 2001).

No Processo de Enfermagem, além de instrumento simples e de fácil acesso, os algoritmos são ferramentas ao gerenciamento da qualidade, sobressaindo como um importante meio de organização de processos, que conferem uma visibilidade do cuidado e servem de guia nas tomadas de decisões (CHANES; DIAS; GUTIERREZ, 2008).

Este instrumento pode oferecer amplitude de todo um processo, e também ser um facilitador no gerenciamento do cuidado, garantindo uma prática baseada em evidências (POTT *et al.*, 2013). Proporciona a equipe de enfermagem subsídio para a tomada de decisão mais rápida, e com menor risco e probabilidade de acerto.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa de campo contou com duas fases distintas e consecutivas para o alcance dos objetivos traçados, a saber: FASE I: Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza quali-quantitativa, com base no Discurso do Sujeito Coletivo; FASE II: Trata-se de realização de oficinas de práticas educativas, para discutir as diretrizes de cuidados do Método Canguru na UTIN em estudo, e construir participativamente os algoritmos de cuidado Canguru como produto final desta pesquisa, esta etapa foi baseada no Arco de Maguerez.

Pesquisas de campo compreendem a observação de fatos e fenômenos exatamente como ocorrem no real, através das coletas de dados referentes aos mesmos e, finalmente, à análise e interpretação desses dados, com base numa fundamentação teórica consistente, objetivando compreender e explicar o problema pesquisado (GIL, 2010).

As pesquisas descritivas têm como principal objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas através da coleta de dados. Portanto, estudos descritivos pretendem descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade social sobre a qual se deseja pesquisar (FIGUEIREDO, 2009).

Optou-se pela abordagem quali-quantitativa, pois o referencial metodológico utilizado, Discurso do Sujeito Coletivo, através do Qualiquantisoft[®] quantifica o substrato qualitativo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012), e permite associar análise estatística à investigação dos significados das relações humanas, obtidos através da pesquisa qualitativa, privilegiando melhor compreensão do tema, facilitando a leitura dos dados (FIGUEIREDO, 2009).

Esleu-se esta abordagem pela relevância de se obter, apreender, as percepções das executoras das práticas baseadas na metodologia canguru, conhecer as dúvidas e dificuldades na condução dos cuidados ao RNPT e/ou BP, para posterior elaboração participativa de produto que atenda suas necessidades de orientação.

As oficinas (FASE II) foram ancoradas na metodologia da problematização, referenciada por Juan Dias Bordenave, em 1982, da qual renomado pedagogo e filósofo Paulo Freire é o principal representante brasileiro (BERBEL, 2012).

A metodologia da problematização, como método de ensino aprendizagem, é dirigido por etapas distintas e encadeadas a partir da detecção de um problema. Apresenta como pontos relevantes o resgate da realidade, o apontamento dos problemas a serem investigados, e o retorno à realidade, agora sim, munidos de novos saberes, ideias e sugestões para intervenção nos problemas observados (BERBEL, 1996).

No processo de ensino-aprendizagem com a metodologia da problematização, o diálogo, como forma de problematização dos conteúdos do saber, deve ser reconhecido como necessário para o desenvolvimento do processo educativo, bem como condição para a construção do conhecimento (FERNANDES e BACKES, 2010). Neste sentido, como forma dialógica para que este processo ocorra são bastante utilizadas nas metodologias ativas, às oficinas de práticas educativas, como a metodologia problematizadora.

Diante da opção pela problematização, utilizando-se de oficinas de práticas educativas, foi eleito como instrumento orientador o esquema pedagógico do Método do Arco de Magueréz (FIGURA 1). Este Arco é a base para a aplicação da metodologia problematizadora, compreende um caminho composto por cinco etapas para o alcance dos resultados: observação da realidade; evidenciação do problema; eleição dos postos-chaves; a teorização; hipótese de solução; e volta à realidade, à prática (COLOMBO; BERBEL, 2007).



FIGURA-1 ARCO DE MAGUERÉZ
FONTE: Bordenave; Pereira (2002).

O sentido do arco proposto por Charles Maguerez visa exercitar a cadeia dialética da *ação-reflexão-ação*, ou a *prática-teoria-prática*. Tem-se como ponto de partida a realidade prática, com a finalidade de conduzir os participantes à reflexão sobre suas ações, e mediante a problematização das mesmas, propor soluções para seus problemas (BERBEL, 2012).

Optou-se pela Metodologia da Problematização por ser um método conhecido pelos participantes⁴, e que privilegia a relação entre os conhecimentos prévios e a observação da realidade, uma metodologia crítico-reflexiva no ensino-aprendizagem, adequada para a pesquisa científica qualitativa, cuja aplicabilidade vem ao encontro da proposta da construção dos algoritmos (BORDENAVE; PEREIRA, 2004).

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO: o campo social

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), cenário deste estudo, faz parte de um hospital de ensino, de grande porte, localizado na capital Paranaense, que é titulado como Hospital Amigo da Criança (IHAC), desde 1995, e referência estadual no Método Canguru, com título conquistado em 2014, na vigência da coleta de dados desse estudo. O Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná – HC/UFPR tem como missão:

Ser referência de excelência, na formação de profissionais de saúde, na atenção a saúde, na inovação tecnológica e sustentabilidade, atendendo com inserção e integração na rede de serviços de saúde e nas necessidades da população (HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR, 2013).

Esta Instituição hospitalar é a maior do estado do Paraná, e a terceira dentre os demais hospitais universitários do país, e órgão suplementar à Universidade mais antiga do Brasil - a UFPR. Caracteriza-se por ser um hospital integralmente público e o maior prestador de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), no estado do Paraná. Conta com vários serviços de referência, entre eles o Serviço de Transplante de Medula Óssea, Transplante Hepático, Transplante Renal,

⁴ Pois, a Metodologia da Problematização é também utilizada, na proposta do MS, para o curso de formação de Tutores do MC, com base na Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) (BRASIL, 2011b)

Transplante Cardíaco, Banco de Ossos, UTI Neonatal, Banco de Leite Humano, entre outros, inclusive ambulatoriais (HC, 2013).

Trabalha com disponibilidade de 471 leitos ativos, e 211 consultórios ambulatoriais. Realizou, no ano de 2012, um total de 1.237 internações e 634 cirurgias em suas 59 especialidades. Conta com uma equipe de 3.518 servidores, sendo 369 médicos contratados, 277 médicos residentes, 270 enfermeiros, 224 técnicos de enfermagem e 630 auxiliares de enfermagem, dentre os demais profissionais nos regimes de contrato o Regime Jurídico Único (RJU), fundação e terceirizados. Os dados referentes à instituição são dos arquivos HC/UFPR, Assessoria de Planejamento (HC, 2013).

A Unidade da Mulher e do Recém-nascido (UMRN), denominada de Maternidade até 2004, é parte de este complexo hospitalar, e referência para o Estado do Paraná no atendimento à gestação de Alto Risco, Gestantes HIV e Mulheres Vítimas de Violência Sexual. Realiza atendimento médio de 850 pacientes, em Obstetrícia e Emergência Obstétrica, com aproximadamente dois mil partos por ano (HC, 2013).

Na estrutura da UMRN encontra-se a UTIN, que dispõem de 25 leitos ativos para o Estado, distribuídos, desde março de 2014, em 10 leitos de UTIN, 10 leitos de UCINCo e cinco leitos de UCINCa, todos em na mesma unidade de internamento. A demanda característica da UTIN é, predominantemente, de RN pré-termos e de baixo peso, com transtornos perinatais, portadores de anomalias congênitas, com necessidades de cirurgias diversas, além de RN de mães diabéticas, isoimunizados e outras patologias. Há também internações de RN com riscos sociais que permanecem neste setor até a decisão pela guarda judicial, a ser tomada pelo Conselho Tutelar. Entre 2011 e 2012, foram internados na UTIN 915 e 597 neonatos respectivamente, observa-se que aconteceram duas greves consecutivas nesse período, com redução do número de leitos disponíveis na paralisação de 2012, devido à adesão dos servidores ao movimento (HC, 2013).

A UTIN foi totalmente reformada no ano de 2004, e projetada para atender 50 pacientes em uma área física dividida em sete salas de internação, e mais uma enfermaria anexa a UTIN, chamada de Enfermaria Canguru preparada para ter três díades (mãe-filho), na segunda etapa do MC. Porém, devido ao déficit de recursos humanos desde a sua reabertura, somente quatro salas foram ofertadas aos internamentos, as demais salas (3) são destinadas, até o momento, para guarda de

incubadoras, de berços de calor radiante, e demais equipamentos utilizados em uma UTIN.

Para seu funcionamento a UTIN está estruturada como dispõe a Portaria GM nº. 930/12, a saber: sala de acondicionamento de materiais (almoxarifado); sala de acondicionamento do lixo e materiais de limpeza; expurgo; consultório; vestiário e descanso da enfermagem; uma sala utilizada pela enfermeira administrativa; quarto de descanso médico; sala dos médicos professores e chefia médica; copa dos funcionários; sala de acolhimento aos pais e familiares; sala de reunião; e banheiro coletivo.

A Enfermaria Canguru permaneceu fechada até o ano de 2008. Nesta época iniciou-se o movimento de descentralização do MC dos Centros Nacionais de Referências, atribuindo as Secretarias Estaduais de Saúde a estratégia em disseminar o MC nos Estados. Na ocasião, cinco funcionários desta UTIN, entre médicos, enfermeiras, e assistente social foram capacitados como tutores do MC com curso de 40 horas, assumindo assim o compromisso de capacitar os funcionários da própria instituição, e das demais maternidades do estado, com cursos de 30 horas no MC.

A UCINCa (Enfermaria Canguru) recebeu sua primeira díade mãe-filho no ano de 2009, porém entre os anos de 2009 e 2011 esta enfermaria foi pouco utilizada, há relatos, não registros, que apenas seis ou sete mães permaneceram na UCINCa em estágio de pré-alta de pacientes crônicos, durante 3-4 dias de internação. Infere-se que houve pouco incentivo à permanência das mães nessa unidade por parte da equipe multiprofissional devido à falta de recursos humanos disponíveis para prestar os cuidados na mesma.

No final de 2011 e início de 2012, aumentaram os cursos de capacitações realizados pelos tutores como exigência do MS. Até a época da coleta de dados seis cursos haviam sido realizados. Assim, com os profissionais capacitados e sensibilizados para o MC, as mudanças nos processos de cuidar estão sendo verificadas, o MC aos poucos se fortalece nesta unidade. Desde a reativação dos leitos Canguru os mesmos apresentam taxas de ocupação elevadas.

Desde o início dos registros na UCINCa, em 28 de março de 2012, 127 mães realizaram a segunda etapa do MC. O período de internamento em número de dias nesta unidade foi variado, entre 2-25 dias. Os RN que realizaram a 2ª etapa do MC

tiveram pesos variando entre 1450-3400g, alguns RN com alimentação em peito materno exclusivo, outros com complementos via oral ou por SOG.

Dentre os RN que iniciaram a 2ª etapa do MC, a maioria foi transferida para esta unidade sem necessidade de oxigenioterapia, porém alguns RN dependentes de oxigênio e que receberiam alta nesta condição, também puderam usufruir dessa estrutura com o intuito da equipe acompanhar as mães nos cuidados aos seus filhos, antes da alta hospitalar, cuidado este, que estima aumentar a segurança dos pais nos cuidados domiciliar.

Intenta-se nessa 2ª etapa do MC que os RN recebam alta hospitalar e continuem em acompanhamento ambulatorial até 2500g, porém consta entre esses 127 internamentos na UCINCa que 15 RN necessitaram retornar a UCINCo por situações diversas, a saber: seis casos de RN que apresentaram apneias; um caso em que o RN apresentou queda na saturação de oxigênio capilar após mãe oferecer “chuquinha” sem prescrição; dois RN que apresentaram esforço respiratório; um RN que necessitou de procedimento cirúrgico; três RN por instabilidade emocional de mãe com retorno desta para casa; dois RN devido ausência materna, (mãe com quadro de hipoglicemia e outra por falecimento na família).

Dentre as exigências do MS para a certificação da Unidade, foi previsto readequar a estrutura física da UCINCa, antiga Enfermaria Canguru, conforme recomenda a Portaria nº 930/2012, Capítulo II, que trata da Organização dos Leitos de uma Unidade Neonatal. E considerando que no artigo 7º, item 2 recomenda que: O conjunto de leitos de Cuidados Intermediários (UCINCo e UCINCa) contará com 1/3 de leitos de UCINCa (BRASIL, 2012b), portanto houve um aumento de 3 para 5 leitos.

Os leitos foram reorganizados dentro da UTIN utilizando de forma definitiva as salas de internação seis e sete, antes destinadas aos RN externos e colonizados, ficando a enfermaria anexa a UTIN. A antiga Enfermaria Canguru foi readequada como espaço de lazer, entretenimento, higiene e refeições das mães que estão participando da 2ª etapa do MC, sendo esta também outra exigência do MS, considerando que as mães não poderiam fazer suas refeições no mesmo ambiente em que dormiam, e nem manter a televisão continuamente ligada contrapondo a minimização de ruídos propostos pelo MC.

Outra exigência do MS contemplando o cuidado humanizado proposto pelo MC estava a criação de um *hotelzinho* para as mães que têm filhos internados na

UTIN, e participantes na 1ª etapa do MC. Este espaço deve ser destinado ao repouso materno e foi estruturado com três leitos, utilizando-se uma enfermaria na unidade de Ginecologia, no 5º andar do prédio da Maternidade. Esta organização se deu após reuniões envolvendo a gerente da UMRN, a enfermeira responsável pela UTIN, à enfermeira responsável pela Ginecologia e direção hospitalar.

Essas mudanças para serem operacionalizadas exigiram grandes esforços dos gestores das unidades, gestores hospitalares, provimentos de recursos financeiros, etc. Foram meses de negociações para adequar toda essa estrutura física, porém, para a equipe de enfermagem, responsável pela continuidade e sucesso do MC, as mudanças ocorreram muito rapidamente. Evidência desta afirmativa é que em um período de duas semanas três membros da equipe de enfermagem, tiveram a oportunidade de conhecer outro centro de neonatologia onde a humanização do cuidado ocorre de forma rotineira e consolidada. Estratégia essa acordada e viabilizada, entre as Secretaria Municipal e Estadual de Saúde de Curitiba, e o HC, com a intenção de promover a sensibilização desses profissionais e estendê-la para restante da equipe no retorno, principalmente com relação às rotinas de banho e toque.

Mesmo no enfrentamento de dificuldades frente às adequações ao longo do tempo a equipe da UTIN perseverou na busca constante do atendimento de excelência ao RNPT e/ou BP, e no mês de março de 2014, mediante a nova avaliação dos consultores do MS e, tendo cumprindo todas as exigências estabelecidas recebeu a certificação como *Centro de Referência Estadual do Método Canguru*. Ressalta-se que é a única UTIN no estado do Paraná com a referida certificação.

Na busca de um atendimento que reconheça a família, e humanizado como preconiza o MC, a UCINCa necessita de flexibilidade com relação aos encaminhamentos, e a elegibilidade para início da 2ª etapa do MC não significa que RN e família estão preparados para permanecerem em UCINCa. Nesta perspectiva, diz-se que, tanto a mãe quanto RN, necessitam de avaliações diárias para continuidade da 2ª etapa, a qual deve ser prazerosa para ambos.

Na terceira etapa do MC, o seguimento ambulatorial, ocorre no consultório da UTIN até 2500g como preconiza o MS, após atingir este peso as consultas são direcionadas para o ambulatório da puericultura e para a rede de Atenção Primária à Saúde. Esta Etapa, até o momento é realizada somente pela equipe médica.

Para prestar esses cuidados humanizados ao RNPT e/ou BP a equipe de enfermagem da UTIN conta em seu quadro de recursos humanos, um total de 58 funcionários, dos quais 37 são auxiliares de enfermagem, 12 técnicos de enfermagem, e nove enfermeiras (uma administrativa, três assistenciais pela manhã, dois assistenciais à tarde, e uma enfermeira assistencial em cada noite de trabalho). Em média, são escalados 10 profissionais de enfermagem por turno para a realização das ações de cuidado de enfermagem aos recém-nascidos internados.

Dos 49 profissionais de enfermagem pertencentes ao nível técnico, 20% (n=10), não possuem a capacitação de 30h no MC, isso se deve ao fato de transferências recentes de funcionários provenientes de outros setores da instituição (n=5), e outros cinco funcionários que não realizaram o curso no momento que foi ofertado por incompatibilidade de horário, visto que tinham outro emprego no horário de contra turno.

A equipe médica é composta por cinco médicos do quadro funcional da própria Universidade; os demais médicos são plantonistas, com vínculo pela Fundação do Paraná (FUNPAR). A Unidade conta também com médicos residentes da Pediatria (R1 e R2) e da Neonatologia (R3 e R4).

Compondo a equipe multiprofissional a Unidade dispõe de uma assistente social, duas fisioterapeutas, e uma nutricionista, pertencentes ao quadro funcional do Hospital, não exclusivas da UTIN; conta-se também com uma fonoaudióloga lotada na Unidade, contratada pela FUNPAR e que atende também ao alojamento conjunto. Para o suporte administrativo a Unidade dispõe de duas secretárias, uma no turno da manhã e outra no turno da tarde.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA: os atores sociais

Na Fase I, os atores sociais do estudo foram os profissionais de nível médio da equipe de enfermagem (auxiliares e técnicos), lotados na UTIN, capacitados para a aplicação da metodologia Canguru, dos três turnos de trabalho, que totalizaram 37 pessoas.

O convite para participação do estudo foi realizado intencionalmente, com o objetivo de obter a percepção de pessoas já sensibilizadas para a realização do cuidado humanizado, e profissionais de nível médio, por considerar que o sucesso

do MC está fortemente condicionado ao cuidado dispensado por estes profissionais ao RNPT e/ou BP.

Como critérios de inclusão foram considerados: lotação do profissional, auxiliar ou técnico de enfermagem, na UTIN; que tenha sido capacitado no curso de 30h realizado pelos tutores do MC. E como critérios de exclusão foram aplicados: não cumprir os critérios acima descritos, recusar-se em participar da pesquisa, não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1), não estar presente no momento da coleta de dados, devido a férias, licenças ou outros afastamentos. O convite aos 37 servidores que atenderam aos critérios de inclusão foi realizado de forma individualizada durante o turno de trabalho de cada profissional.

Para o desenvolvimento da Fase II, ocorreram as oficinas de práticas educativas, com os atores sociais, tutores do MC atuantes na UTIN (enfermeiros, assistente social e fisioterapeuta), e os demais enfermeiros da unidade que não possuem o curso de tutores (n= 3). Os quais compuseram um grupo de escolha intencional e aberto de acordo com a possibilidade de participação individual, para a promoção de um novo conhecimento, a partir do trabalho de análise dos dados da Fase 1, e que culminasse com a construção dos algoritmos. Foram incluídos os profissionais que atenderam às especificações acima, e concordaram em participar mediante assinatura do TCLE (APÊNDICE 2). O convite para a primeira oficina (APÊNDICE 3) foi entregue pessoalmente, e para as oficinas seguintes, as datas foram definidas em consenso com o grupo. A opção foi para realizar nas duas sextas-feiras subsequentes ao primeiro encontro, com início às 12 horas e término às 15 horas, e foram enviados convites por e-mail juntamente com o cronograma das atividades a serem desenvolvidas nessas datas.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados da Fase 1 foi realizada no período de fevereiro a abril de 2014, mediante entrevistas com apoio de instrumento semiestruturado contendo quatro perguntas abertas, e uma pergunta estruturada com a opção de marcação de X (APÊNDICE 4). O início das entrevistas ocorreu após o consentimento da enfermeira responsável pela unidade. Os participantes que aceitaram o convite foram encaminhados à sala de consultório, localizada em anexo a UTIN, onde foi

lido e assinado o TCLE; salienta-se que não houve recusa para participação. Os discursos dos atores sociais foram gravados, e posteriormente transcritos literalmente, com fidedignidade aos discursos proferidos, conforme orientação do Método do DSC.

A entrevista é definida por Marconi e Lakatos (2010) como um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações sobre um assunto específico, mediante uma conversação profissional. É uma conversa efetuada face a face, de maneira metódica, sendo um forte instrumento de trabalho nos campos das ciências sociais e outros setores de atividade. Para a realização deste estudo optou-se pela entrevista semiestruturada por ser uma das técnicas mais adequadas para o desenvolvimento do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Dentre as vantagens da entrevista, Lefevre e Lefevre (2012) apontam que o contato sujeito a sujeito, que permite, sem interferências adversas, o resgate da opinião individual, sendo esta a maior superioridade em relação aos depoimentos obtidos em grupo. Ainda como pontos positivos da entrevista relacionam o fato de o entrevistador bem treinado poder observar e incentivar o pesquisado a falar mais quando percebe que tem ainda algo a dizer. Dentre as desvantagens da entrevista os mesmo autores apontam o tempo, como menos vantajoso em relação às outras formas de coletas de dados.

Em média cada entrevista durou de 20 a 30 minutos. Algumas se estenderam ao final, com uma breve conversa informal com cada participante, mediante a manifestação de interesse dos mesmos em ter respondidas algumas dúvidas de ordem técnica relativas ao MC, e ao seu processo de trabalho.

Reitera-se que, coincidentemente, no período de coleta de dados, a UTIN encontrava-se em um período de readequações de estrutura física, mudanças de rotinas, com reuniões frequentes para atender alguns dos critérios exigidos pelo MS, pois haveria auditoria pelo Ministério da Saúde e a intenção era a consecução da Certificação para Referência Estadual no Método Canguru.

Este contexto pode ter influenciado nos relatos das participantes, considerando que algumas rotinas da unidade foram mudadas após treinamentos para rotina de humanização do banho, higiene e peso dos RNPT e/ou BP, condutas exigidas pelo MS preconizadas pelo MC, que estavam em não conformidade durante uma visita anterior da equipe de Consultores do MC. Por fim, ressalta que as entrevistas transcorreram sem nenhuma intercorrência.

Na Fase II, aconteceram três oficinas de prática educativas, durante o mês de agosto de 2014, que tiveram como interlocutores os tutores do MC e demais enfermeiros da UTIN (n=3), realizadas não como coleta de dados propriamente dita, mas como caminho para a discussão das ações do MC e construção dos algoritmos de maneira participativa. As oficinas foram conduzidas seguindo as etapas do Arco de Maguerez.

Na primeira oficina foram apresentadas as propostas dos encontros, bem como seus objetivos e a metodologia escolhida para a condução dos encontros, o Arco de Maguerez. Em seguida foi realizada uma breve explicação das etapas do arco e seguiu-se com a apresentação, em Power point com a utilização de um notebook, dos dados preliminares da pesquisa descritiva (fase I).

Ao final da apresentação foram elencadas pela pesquisadora várias situações problemas encontradas nos discursos em forma de dúvidas, descontentamentos e dificuldades tanto em relação ao Método Canguru, como relacionadas às condições e condução das rotinas de trabalho na UTIN.

Neste momento a pesquisadora colocou ao grupo, a dificuldade em problematizar todas as situações problemas no mestrado profissional, tendo o tempo como fator limitante, e sugeriu trabalhar as dificuldades referentes à 2ª etapa do MC (UCINCa), apontadas nos discursos, como: discutir os critérios de elegibilidade maternos e do RN para o início da 2ª etapa; descrever quais são as ações de enfermagem na UCINCa, e condutas maternas; discutir e descrever as normas na UCINCa. Abriu-se então para a discussão, e por sugestão do grupo, optou-se em trabalhar além dos pontos acima levantados, os protocolos de acolhimento, banho, peso, higiene e troca de fralda, utilização da glicose 25% antes de procedimentos dolorosos, sondagem gástrica, e posição canguru, mesmo que estes não se concretizassem para a finalização do mestrado, mas reconhecendo a necessidade de uma padronização desses cuidados como visualizados nos discursos.

Levantados os pontos chaves para discussão (2ª etapa do Arco de Maguerez), foram eleitos os temas: banho, peso, troca de fralda, sondagem gástrica, e uso da glicose 25% a serem problematizados no encontro seguinte, e foi solicitada ao grupo leitura prévia sobre as temáticas para a problematização dos pontos chaves, e construção de uma padronização na rotina e posterior construção dos algoritmos.

Na segunda oficina, cada ponto chave (banho, peso, troca de fralda, sondagem gástrica, e uso da glicose 25%) foi problematizado de maneira a responder: Como? Quando? E por quem são realizados os procedimentos? Essas problematizações foram sustentadas/teorizadas (3ª etapa do Arco de Magueréz) através do manual técnico AHRNBP: Método Canguru, manual de residência UTIN, diretrizes do MC, e artigos pertinentes ao assunto. Os resultados das problematizações foram anotados pela pesquisadora, e serviram como norteadores para a construção dos algoritmos. Ao término das problematizações da segunda oficina, foi agendado o próximo encontro com abordagem/ problematização dos seguintes pontos chaves: posição canguru, aleitamento materno, acolhimento, critérios de inclusão na UCINCa, ações maternas e de Enfermagem na UCINCa, e normas na UCINCa.

Os algoritmos dos pontos chaves problematizados na primeira oficina foram construídos pela pesquisadora (4ª etapa do Arco de Magueréz), no intervalo entre a primeira e segunda oficina, respeitando a indicação das formas geométricas descritas na revisão de literatura.

Na terceira oficina, foram apresentados os algoritmos discutidos na oficina anterior, realizados os ajustes evidenciados pelo grupo, e os algoritmos tiveram a aprovação do grupo. Assim como na oficina anterior os pontos chaves (posição canguru, aleitamento materno, acolhimento, critérios de inclusão na UCINCa, ações maternas e de Enfermagem na UCINCa, e normas na UCINCa) foram discutidos de forma a responder: Como? Quando? E por quem são realizados os procedimentos? E sustentados/teorizados (3ª etapa do Arco de Magueréz) através do manual técnico AHRNBP: Método Canguru, manual de residência UTIN, diretrizes do MC, e artigos pertinentes ao assunto. Com a finalização das problematizações foi encerrada a oficina, e solicitado ao grupo um novo encontro para a apresentação dos algoritmos na versão final.

Após a elaboração dos algoritmos, foi marcada uma reunião com a médica responsável pela UTIN, e também tutora do Método Canguru para apresentar e verificar a consonância nas orientações e rotinas propostas pelos algoritmos entre as equipes médicas e de enfermagem. Após leitura dos algoritmos a médica responsável pelo serviço solicitou alguns ajustes, e inclusões seguindo o Manual de residência da UTIN. As solicitações foram atendidas, procedeu-se a finalização dos

algoritmos, que retornaram para apreciação do grupo de tutores em reunião marcada pelo serviço.

Assim as oficinas foram conduzidas até a 4ª etapa do Arco de Maguerez, conforme representação (FIGURA 2).

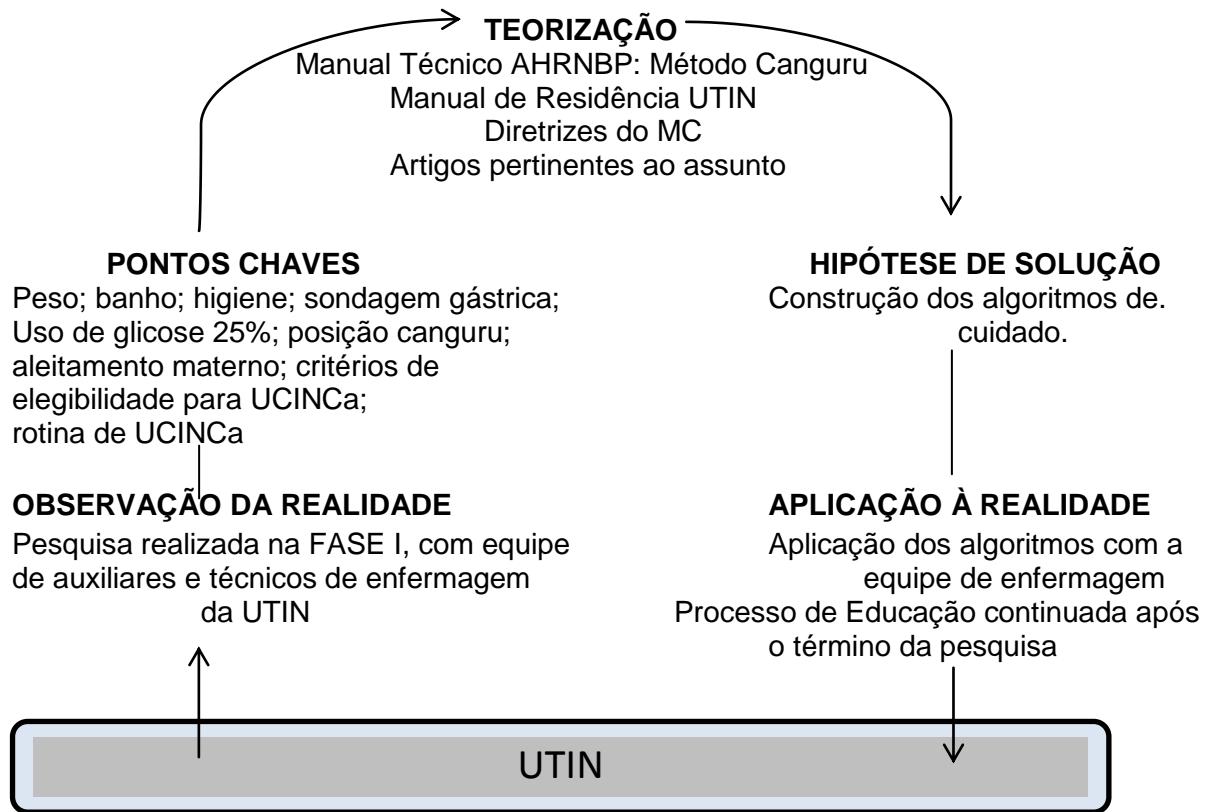


FIGURA 2 – REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DAS OFICINAS DE PRÁTICAS EDUCATIVAS APOIADAS NO ARCO DE MAGUEREZ ADAPTADO DE (BORDENAVE; PEREIRA, 2002).

FONTE: A autora (2014)

A primeira etapa ‘observação da realidade’ se deu a partir dos substratos da pesquisa realizada com a equipe de enfermagem da UTIN (Fase I). Esta objetivou identificar o conhecimento e a percepção desta equipe sobre o MC, e mediante expressão das dúvidas e dificuldades encontradas nos discursos avançar para a etapa seguinte.

Na segunda etapa, partiu-se da observação da realidade ocorrida na fase anterior, e instigou-se um momento de síntese com a eleição dos pontos chaves. Foram evidenciadas as situações problemas que necessitavam ser discutidas, refletidas e adequadas na UTIN, com ênfase no MC.

Na terceira etapa foram problematizados os pontos chaves buscando responder: Como? Quando? E por quem são realizados os procedimentos?

utilizando para o aprofundamento teórico o Manual do MC, as Diretrizes de Cuidados do MC propostos pelo MS, o Manual de residência médica da UTIN, bem como artigos científicos que abordassem temas levantados pela equipe de tutores.

A quarta etapa do Arco de Maguerez, ‘hipótese de solução’, aconteceu mediante a discussão em grupo que estabeleceu os critérios constituintes das ações de cuidados que envolvem o MC, para a elaboração dos algoritmos pela pesquisadora e posterior adequação e aprovação pelo grupo.

A quinta etapa, ‘aplicação à realidade’, não foi finalizada com o término do mestrado. Será realizada a aplicação dos algoritmos com a equipe de enfermagem, em atividade de educação continuada posterior à defesa de Dissertação. Os Algoritmos serão disponibilizados na UTIN, independente do processo educativo que ocorrerá na sequência.

A síntese das atividades propostas e desenvolvidas nas três oficinas (QUADRO 3), e a problematização dos pontos chaves (QUADRO 4) foram condensadas para proporcionar melhor visualização.

Oficina	Atividades conduzidas pela pesquisadora
Primeira Oficina Data: 08-08-2014 Local: Sala de reuniões da UTIN Horário: 12:00 – 15:00 h Participantes: total de 10 *TE= 6: TAS= 1; TF=1; E= 2	<ul style="list-style-type: none"> - Foi apresentada ao grupo a proposta dos encontros; - A metodologia norteadora das oficinas – Metodologia da Problematização baseada no Arco de Maguerez (AM); - Realizada exposição visual (notebook) com os dados preliminares da pesquisa realizada com os auxiliares e técnicos de enfermagem (fase I da pesquisa e 1ª etapa (AM)); - Levantadas as situações problemas (2ª etapa (AM)); - Definida as situações para discussão; - Apresentado um exemplo de algoritmo – banho - Definidos os pontos chaves para discussões na próxima reunião; - Definida a data e horário da próxima reunião.
Segunda Oficina Data: 15-08-2014 Local: Sala de reuniões da UTIN Horário: 12:00 – 15:00 h Participantes: total de 11 *TE= 6: TAS= 1; TF=1; E= 2; SUMRN- 1 Terceira Oficina Data: 15-08-2014	<ul style="list-style-type: none"> - Retomadas algumas questões sobre a oficina anterior; - Foram discutidos os seguintes cuidados prestados ao RN: banho, peso, troca de fralda, sondagem gástrica, uso da glicose 25%. - Discutidas recomendações sobre posição canguru, aleitamento materno e acolhimento;

Oficinas	Continuação Atividades conduzidas pela pesquisadora
<p>Local: Sala de reuniões da UTIN</p> <p>Horário: 12:00 – 15:00 h</p> <p>Participantes: total= 7 *TE= 4; TF=1; E= 2</p> <p>Encontro com a Chefia médica e tutora do MC</p> <p>Data: 22-09-2014</p> <p>Local: UTIN</p> <p>Horário: 08:00 -08:45 h</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Critérios de inclusão na UCINCa; - Rotina na UCINCa; - Elaborado um modelo de orientações para a abordagem de mães elegíveis para a UCINCa. - Verificar a conformidade das construções dos algoritmos discutidos no grupo de tutores, com a rotina médica realizada na instituição, no sentido de aplicar uma linguagem padrão na UTIN.

QUADRO 3 - SINTESE DAS ATIVIDADES REALIZADAS NAS OFICINAS COM OS TUTORES E ENFERMEIROS DO MC

NOTA: *TE-TUTORES ENFERMEIROS; TA-TUTOR ASSISTENTE SOCIAL; TF- TUTOR FISIOTERAPEUTA; E-ENFERMEIROS; SUMRN- SUPERVISORA UMRN

FONTE: A autora (2014)

Ponto Chave	Rotina na vigência da coleta de dados	Problematização com os Tutores	Resultados/Algoritmo
ACOLHIMENTO	- O acolhimento era frequentemente realizado pela enfermeira do plantão, o médico era chamado, porém nem sempre estava presente.	- Quem deve realizar o acolhimento aos pais e familiares?	Algoritmo ACOLHIMENTO DOS PAIS
BANHO DO RN	- O banho era estipulado em 1x na semana, porém esta rotina não estava sendo cumprida. - Na UTIN: Realizado diariamente, independente do peso, semanas de gestação, e condição clínica do RN. - Na UCINCa: Duas vezes na semana	- Deve ser semanal? - RN maior que 2500g pode realizar o banho mais 1 vez na semana? - Porque o Banho na UCINCa são 2x na semana e na UTIN 1 vez na semana? - Pode-se utilizar sabonete? - Em uso de oxigênio como proceder? - Na presença de cateter central realiza banho de imersão?	Algoritmo BANHO
PESO DO RN	- O peso era realizado no período da manhã colocando o RN sobre o cueiro na balança; - Não havia consenso entre os turnos nas desconexões de equipo, CPAP, ventilação mecânica, etc.	- Retira-se o RN da VM para a pesagem? - Em uso de CPAP, desconecta do respirador? - Retira-se o sensor do Oxímetro?	Algoritmo PESO
HIGIENE E TROCA DE FRALDA DO RN	- A troca de fralda era realizada frequentemente de 3/3h, não respeitando a individualidade do RN; - O decúbito lateral não era utilizado como rotina	- Existe a necessidade de troca de 3/3 horas? - O RN em sono profundo deve ser verificado a necessidade de troca de fralda? - RN de berço a troca de fralda seguirá o mesmo critério de manuseio mínimo? - Em uso de fototerapia qual o intervalo de troca?	Algoritmo HIGIENE E TROCA DE FRALDA
UTILIZAÇÃO DA GLICOSE 25 %	- O uso da glicose não seguia uma recomendação padrão;	- Em quais procedimentos deve ser utilizado? - Existe alguma recomendação relacionada ao peso ou semanas de gestação? - Qual o volume a ser administrado? - Pode ser realizado em RN menores de 1000g ou 32 semanas de gestação? - Onde e como dever ser administrado?	Algoritmo USO DA GLICOSE 25%

continua			
Ponto Chave	Rotina na vigência da coleta de dados	Problematização com os tutores	Resultado/Algoritmo
SONDA GÁSTRICA/ALIMENTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - a sonda com fixação tipo gatinho era pouco utilizada; - Não havia consenso entre os profissionais do número de sonda gástrica a ser introduzida conforme o peso 	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os RN devem receber a sonda com fixação “tipo gatinho”; - Qual o peso para receber a sonda nº 4 e sonda nº 6; - Quando deve ser pulada a dieta? 	Algoritmo SONDA GÁSTRICA/ALIMENTAÇÃO
POSIÇÃO CANGURU	<ul style="list-style-type: none"> - A posição canguru era realizada na condição do RN estável, porém sem recomendações escritas; - Em VM era pouco incentivada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tem um peso mínimo para o contato pele a pele? - Tem um tempo mínimo para realizar a posição canguru? - Como proceder em RN em uso de VM? - Até quantos quilos retira-se o RN para posição canguru? 	Algoritmo POSIÇÃO CANGURU
CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE NA UCINCa	<ul style="list-style-type: none"> - Mãe: Desejo, disponibilidade e reconhecer os sinais do RN; - RN: clinicamente estável; peso 1250g; nutrição enteral plena. 	<ul style="list-style-type: none"> - Como proceder com RN que necessita de transfusão sanguínea? - Quais os critérios para mãe e RN? 	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE NA UCINCa
ROTINAS UCINCa	Não havia rotina escrita	<ul style="list-style-type: none"> - Quais as rotinas maternas? - Quais as rotinas da enfermagem? 	ROTINAS UCINCA
NORMAS UCINCA		<ul style="list-style-type: none"> - Quais os horários de visita? E acompanhante? Se mãe menor? - O que é permitido trazer? - Como proceder em saídas das mães 	NORMAS UCINCa

QUADRO 4 - PROBLEMATIZAÇÃO DOS PONTOS CHAVE

FONTE: A autora (2014).

Finalizando, entende-se que no processo de construção do conhecimento, é fundamental gerar a *aprendizagem significativa*. Essa se caracteriza pela interação entre o *novo conhecimento* e o *conhecimento prévio*. Nesse processo, não literal e não arbitrário, o novo conhecimento adquire significados para o aprendiz, e o conhecimento prévio torna-se mais rico, mais diferenciado, e mais elaborado em termos de significados, assim o mesmo adquire mais estabilidade, torna-se mais consolidado (MOREIRA, 2000).

Nesta perspectiva, o algoritmo torna-se um constructo social tendo em vista que foi um produto da percepção, do sentido, do olhar da equipe de enfermagem sob o valor do cuidado humanizado com base na metodologia Canguru. De maneira que o método utilizado valoriza a experiência e o fazer de cada participante na construção de um instrumento social facilitador para a tomada de decisões pertinentes as ações de cuidados preconizados pelo MC.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados da pesquisa descritiva deu-se com o Método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), e com a utilização e apoio do software Qualiquantisoft® (QQT®).

O DSC é uma técnica da pesquisa qualitativa criada para a expressão da coletividade, na qual acontecerá a análise do material verbal dos depoimentos, que constituem sua matéria prima. Foram extraídas de cada frase dos depoimentos as Expressões Chaves (ECH), a *posteriori* as ideias centrais (IC) de cada expressão chave, esses são os elementos metodológicos do DSC.

Assim, as IC nortearam o pesquisador para a eleição e construção de categorias de análise, de acordo com as similaridades das percepções veiculadas na expressão verbal de cada depoente. Com o QQT® as ECH eram a *posteriori* categorizadas, depois organizadas, mediante comando do QQT®, para comporem cada DSC. De maneira que ao final têm-se vários DSC, na primeira pessoa do singular, que simbolizam a expressão coletiva, porém foram gerados com as expressões individuais inclusivas, considerando a singularidade de cada uma delas. A utilização do QQT® permite também a tabulação, com contagem e organização

dos dados qualitativos agregados, de maneira a se ter a leitura da força de compartilhamento de cada Categoria organizada para cada pergunta respondida, expressa em número absoluta das expressões verbais das ideias centrais, e seu respectivo percentual compondo cada DSC construído, a força de compartilhamento é elaborada pelo QQT após a construção das categorias (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003).

Este método fundamentado nas Representações Sociais permite conhecer, com segurança dos procedimentos científicos, em detalhe, e na sua forma natural, os pensamentos, representações, crenças e valores, de todo tipo e tamanho de coletividade, além de quantificar os substratos qualitativos emergidos das falas dos indivíduos de forma discursiva. Pretendeu-se com o uso dessa metodologia o resgate de sentidos socialmente compartilhados, e naturalmente se são compartilhadas, vão se repetir ao longo dos discursos, porém o DSC pretende também conhecer o quanto esses se repetem entre os entrevistados (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Assim, o DSC não trabalha com a saturação dos dados, pois pretende resgatar todas as ideias existentes, as mais compartilhadas e as menos compartilhadas, para que fique exaustivamente descrita como fenômeno sociológico e discursivo. Para tanto, necessita de uma matéria prima expressiva o que não ocorre quando se usa a saturação, que tem como orientação a interrupção das entrevistas frente à repetição das expressões verbais (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003).

Destarte, o produto da pesquisa descritiva da Fase I, obtido mediante o Método do DSC, foi organizado pela pesquisadora e levado para a Fase II, ou seja, para as oficinas de práticas educativas.

Na fase II, a discussão e análise dos pontos chave foram sustentadas pela literatura, Manual do Método Canguru, Manual de residência médica da UTIN, e utilização dos artigos pertinentes aos assuntos.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este Projeto de Pesquisa foi submetido à análise e aprovado pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, sob o parecer n. 376.485 (ANEXO 1). Este estudo foi realizado de maneira a atender os

critérios relativos à Pesquisa com Seres Humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional nº466/2012.

Foram respeitados os direitos das pessoas, assim como da Instituição de Saúde. Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa, seus objetivos, riscos e benefícios, e a sua inclusão ocorreu após a assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1).

Sendo assim, foi respeitado o sigilo, para resguardar identidades e informações confidenciais dos participantes, e a deferência às manifestações e opiniões dos entrevistados. Para minimizar os possíveis riscos, a pesquisadora realizou a pesquisa de forma a evitar e reduzir constrangimentos.

Deve-se ressaltar que a utilização das entrevistas audiogravadas e as transcrições literais dessas manifestações, foram usadas somente para os fins dessa pesquisa, a fim de que não se ocorra, salvo nas situações previstas na legislação brasileira, sanções ou prejuízos de qualquer espécie.

Para facilitar o entendimento do desenho e percurso metodológico da pesquisa apresenta-se uma síntese gráfica (FIGURA 3).

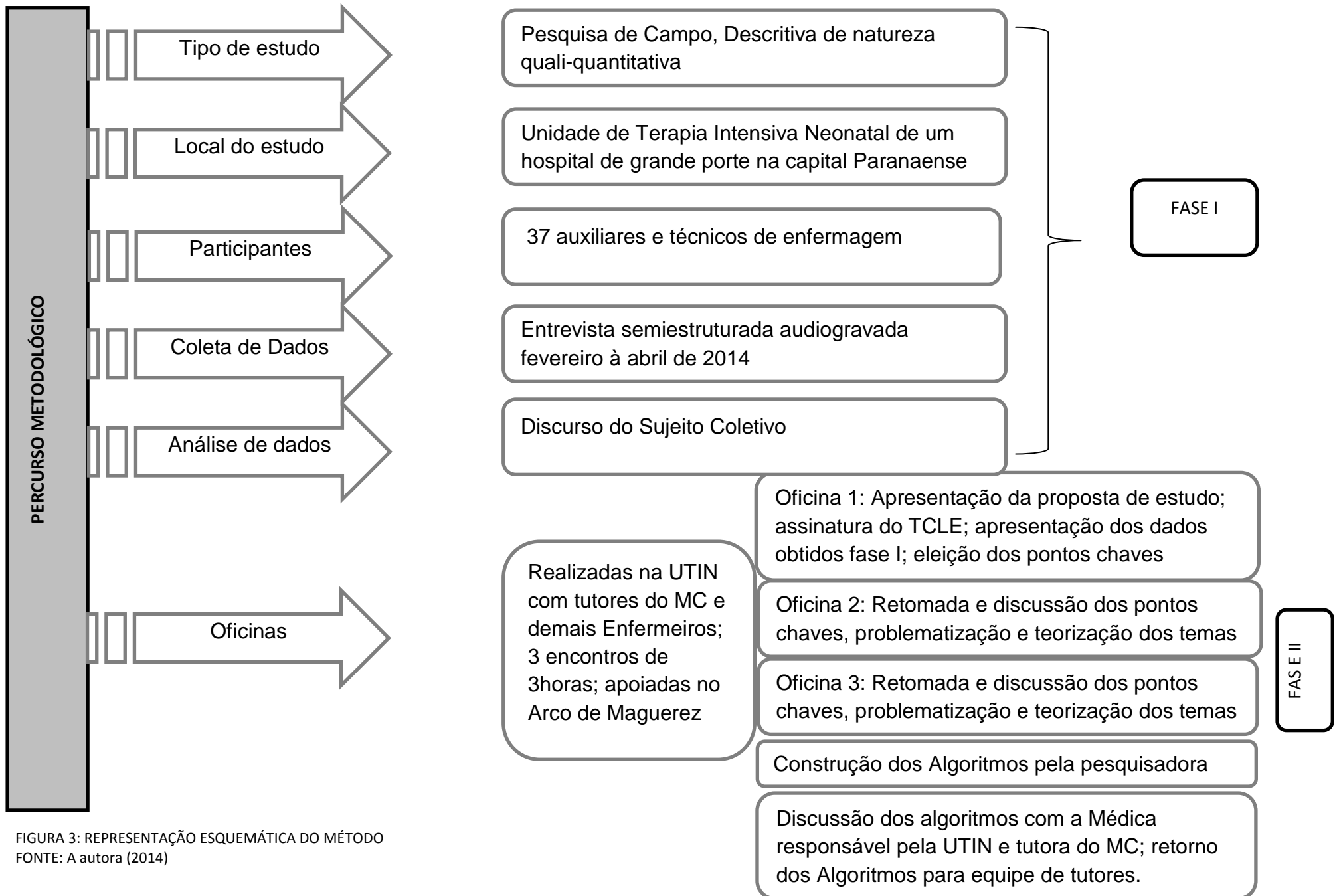


FIGURA 3: REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DO MÉTODO
 FONTE: A autora (2014)

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo serão apresentados como Discursos do Sujeito Coletivo e em tabelas os resultados quali-quantitativos da Fase I, que foram analisados segundo o Método do Discurso do Sujeito Coletivo, e apoio do Qualiquantisoft®, que permite além análise discursiva a quantificação das expressões (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Na tabela 1 encontram-se os dados sócio-demográficos dos 37 participantes do estudo. A caracterização abrange as seguintes variáveis: sexo, categoria profissional, idade, turno de trabalho, tempo de trabalho no Hospital de Clínicas, tempo de trabalho em UTIN, escolaridade.

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DA UTIN HC/UFPR CURITIBA-PR (2014)

CARACTERÍSTICAS	n	%
Sexo		
Feminino	37	100
Categoria Profissional		
Auxiliar de Enfermagem	25	68
Técnico de Enfermagem	12	32
Idade		
30-35 anos	03	8
36-40 anos	09	24
41-45 anos	09	24
46-50 anos	05	14
51-55 anos	07	19
56 anos ou +	04	11
Turno de trabalho		
Manhã	07	19
Tarde	06	16
Manhã/Tarde (12h)	07	19
Noite*	17	46

Continua

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA DOS AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DA UTIN HC/UFPR CURITIBA-PR (2014)

CARACTERÍSTICAS	n	%
Tempo de HC		continuação
09-10 anos	11	30
11-15 anos	06	16
16-20 anos	08	21
21-25 anos	11	30
25 anos ou +	01	3
Tempo de trabalho em UTIN		
03-09 anos	09	24
10-15 anos	12	32
16-20 anos	07	19
21-25 anos	08	22
25 anos ou +	01	3
Escolaridade		
Fundamental completo	01	3
Ensino médio completo	14	38
Superior em curso	03	8
Superior completo	16	43
Especialização	03	8

FONTE: A autora (2014)

*Trabalhadores divididos por três noites.

Verificou-se uma população exclusivamente feminina, em sua maioria formada por Auxiliares de Enfermagem que apresentam idade entre 30-61 anos com uma média de 44,9 anos. Estas profissionais estão distribuídas nos três turnos de trabalho, sendo que sete participantes desempenham um turno opcional de 12 horas diurno. Estudo semelhante realizado por Presbytero, Costa e Santos (2010) revelou a predominância feminina não somente nas UTIN, mas no histórico da profissão de Enfermagem o que representa uma característica da profissão.

Por se tratar de uma UTIN chama atenção o número significativo de Auxiliares de Enfermagem, situação que diverge da Resolução COFEN Nº 189/96 anexo I – C, que salienta que em serviços intensivos as atividades de Enfermagem devem ser realizadas por Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros (COFEN, 1996). Apesar de a

unidade de estudo atender por UTIN, ela contempla na mesma estrutura física os leitos de UCINCo e UCINCa, consideradas como Unidades de Cuidados Intermediários, o que pode explicar o número elevado de auxiliares de enfermagem nesse serviço de terapia intensiva, além de ser uma instituição federal onde os profissionais são admitidos por concursos públicos, e nem sempre ocorrer à equivalência dos cargos mediante transferências, aposentadorias ou permutas dos profissionais.

Em relação ao tempo de trabalho no Hospital de Clínicas essa variável oscilou entre nove e 28 anos, com média de 16 anos, e grande expressividade de trabalho na instituição acima dos 21 anos totalizando 33% (n=12). Em se tratando de um Hospital Universitário Federal, onde a contratação se dá por meio de concurso público, apresentado o servidor estabilidade de emprego, quase não há rotatividade de pessoas, e os trabalhadores normalmente concluem o período para a aposentadoria. Isso explica os números elevados de tempo de trabalho no hospital, na UTIN e a idade média dos participantes do estudo.

Quanto aos anos de trabalhos desempenhados na UTIN, mais da metade da amostra (51%) trabalhava entre 10-20 anos em uma UTIN. Vale ainda ressaltar que 25% executavam essas atividades há mais de 20 anos. Resultado similar foi encontrado em outro estudo que aponta que mais de 53% dos profissionais de UTIN permanecem no cuidado ao RN há mais de 10 anos, o que provavelmente inspire expectativa (aos pais, aos gestores, aos colegas de trabalho) de uma larga experiência/competência das profissionais no cuidado ao RN (VERONEZ; CORRÊA, 2010).

Em contrapartida, a exposição de muitos anos trabalhando em UTIN, vivenciando constantemente a batalha da vida contra a morte, o sofrimento e angústias dos RN e das famílias, faz com que a equipe de saúde e de enfermagem necessite utilizar mecanismos de defesa para o enfrentamento dessas situações, que se não trabalhadas corretamente, podem vir a desenvolver o estresse e o sofrimento psíquico (GOMES; LUNARDI-FILHO; ERDMANN, 2006).

No que diz respeito à escolaridade, sinaliza-se número prevalente de servidores (n=19; 51%) com nível superior, no entanto, o nível de escolaridade exigido para os cargos de auxiliar e técnico de enfermagem corresponde ao ensino médio. Justifica-se esta situação pela normativa do não reaproveitamento de cargo em instituições de regime estatutário, com a permanência nos cargos para os quais

foram aprovados em concurso. Esse dado revela a crescente busca pelo aperfeiçoamento dos profissionais de Enfermagem, em especial nas instituições onde existe um plano de carreira, como nesta instituição de ensino. E ressalta-se como contribuinte desta capacitação o trabalho noturno, que é escolhido por propiciar o seguimento dos estudos durante o dia, bem como, facilitar para as mulheres trabalhadoras exercerem suas atribuições de mães na criação de seus filhos durante o dia (SILVA *et al.*, 2009; FONTANA; BRIGO, 2011).

A seguir serão apresentadas as análises quali-quantitativas a partir do trabalho realizado pelo Qualiquantisoft® do Método do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012), que teve como substrato discursivo as respostas obtidas nas 37 entrevistas realizadas com as participantes.

PERGUNTA 1 – Fala pra mim quais são as ações / cuidados orientados pelo Ministério da Saúde no Método Canguru para o recém-nascido prematuro ou de baixo peso.

No trabalho de leitura atenta e análise dessas respostas mediadas pelo software Qualiquantisoft® elegeram-se 129 expressões chaves (ECH), das quais foram identificadas as ideias centrais (IC), que deram origem à categorização para a elaboração dos discursos síntese, os DSC. Na análise dos cuidados, relacionados com o MC, prestados aos RNPT e/ou BP, e relatados pelas entrevistadas, percebeu-se o amplo espectro de cuidados que compõem este método.

Explica-se que a eleição das categorias surgiu do agrupamento de expressões semelhantes, e para tanto foram estabelecidos critérios de inclusão em cada categoria (QUADRO 5):

Categoria	Ideias Centrais
- Controle Ambiental	- diminuição e controle da luz; - diminuição e controle dos ruídos; - controle da temperatura do ambiente; - rotina do horário do soninho.
- Acolhimento RN/família	- aconchego do RN na UTIN; - aconchego do familiar na UTIN; - acolhimento familiar;

Continua

Categoria	Ideias Centrais
	<ul style="list-style-type: none"> - orientações aos pais e familiares; - humanização; - apoio psicológico aos pais; - acompanhamento dos pais durante o internamento.
- Promoção Contato pele-a-pele	<ul style="list-style-type: none"> - incentivo a posição canguru; - colocação do RN em posição canguru; - favorecimento de vínculo afetivo no contato pele-a-pele.
Respeito na individualização dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - manuseio mínimo; - medidas de conforto; - posição no ninho; - preservação do sono; agrupamento de cuidados; proteção; - utilização de glicose 25% antes de procedimentos dolorosos; - procedimentos de peso e banho minimizando efeitos estressores; utilização da SOG com fixação do tipo gatinho.
Incentivo ao aleitamento materno	<ul style="list-style-type: none"> - favorecimento do aleitamento materno; - o incentivo e orientações para ordenha do leite; - acompanhamento da pega e sucção do RN.
Incentivo dos pais no cuidado	<ul style="list-style-type: none"> - incentivo dos pais no toque ao RN; - incentivo dos pais no cuidado; - inserção dos pais no cuidado; - orientações para cuidar.
Não lembra os cuidados preconizados pelo MC	<ul style="list-style-type: none"> - não me lembro

QUADRO 5 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO EM CADA CATEGORIA REFERENTE À PERGUNTA 1
 FONTE: A autora (2014)

Nessa pergunta a entrevistada era estimulada a falar sobre todos os cuidados que estão envolvidos na Metodologia Canguru, reconhecendo os pesquisadores, que esses cuidados foram bastante discutidos no curso de capacitação para a Metodologia, com 30h, e ministrado pelos tutores, e que devem fazer parte da rotina diária desses profissionais, significativos para o cuidado. De maneira objetiva intentou-se conhecer o significado do cuidado humanizado dispensado por esta equipe ao RNPT e PB.

Os discursos foram bastante expressivos, e resultaram na construção de sete categorias, as quais evidenciam os saberes dos envolvidos com os pilares sustentadores da metodologia canguru. Dentre os entrevistados tivemos vários discursos que abordaram todos os pilares do MC, e somente dois participantes não lembraram nenhuma ação do método.

Em um estudo transversal realizado em sete centros no distrito de Ahmedabad (Índia) em 2012, envolvendo 145 profissionais de enfermagem acerca dos conhecimentos sobre o MC, apontou um baixo conhecimento sobre as ações que envolvem o MC, apenas 33% dos profissionais listaram corretamente os componentes do MC, que naquele país envolve: o contato pele a pele, aleitamento materno exclusivo, alta precoce e apoio a mãe na prática canguru (DALAL; BALA; CHAUHAN, 2014).

A seguir (TABELA 2) serão apresentadas as categorias e suas forças de compartilhamento referentes ao conhecimento sobre o Método Canguru.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO (n e %) DA CATEGORIZAÇÃO DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO EM RELAÇÃO À PERGUNTA1*. UTIN/HC/UFPR, CURITIBA, PARANÁ, 2014.

	CATEGORIAS	n	%
A	Controle ambiental	28	21,7
B	Acolhimento ao RN/família	27	20,9
C	Promoção do contato pele a pele	26	20,1
D	Respeito na individualização dos cuidados**	25	19,4
E	Incentivo ao aleitamento materno	11	8,5
F	Incentivo dos pais no cuidado**	10	7,8
G	Não lembra os cuidados preconizados pelo MC	02	1,6
	Total de Respostas	129	100

FONTE: Qualiquantisoft®, 2014

NOTAS:*Fala pra mim quais são as ações / cuidados orientados pelo Ministério da Saúde no Método Canguru para o recém-nascido prematuro ou de baixo peso.

**Como já mencionado no Capítulo de Metodologia, esses pilares aqui considerados, aparecem em algumas publicações agregados.

Conforme a (TABELA 2) verifica-se que o número de respostas é bem superior ao número de participantes, isso representa que cada participante lembrou-se de várias ações que envolvem o MC, e as mesmas foram selecionadas como

diferentes ECH e IC. O número distribuído (n) em cada categoria deve ser entendido como a força de compartilhamento de cada ideia central, que traduzido em frequência relativa (%) torna mais expressiva esta força no todo das entrevistadas.

Com maior ou menor força de compartilhamento percebeu-se que todas as ações que envolvem o MC foram citadas. Constatou-se que o controle ambiental, o *acolhimento ao RN/família*, o *contato pele a pele* e a *individualização dos cuidados* apresentaram uma força de compartilhamento em torno de 20% cada uma delas. Lembra-se que foram entrevistadas 37 pessoas, se considerarmos que essas categorias foram expressas entre 25 a 27 vezes, e que cada entrevistado contribuiu uma vez em cada categoria, pode-se concluir que cada uma delas foi apresentada por mais de 67% dos entrevistados.

Na presente pesquisa enfatiza-se que houve a expressão, por uma minoria das entrevistadas, de que o MC pode ser confundido exclusivamente com a posição canguru, ou associar-se a UCINCa, segunda etapa do Método, mas a Promoção do Contato Pele-a-pele não foi o cuidado mais lembrado. Esses dados divergem dos achados de Hennig, Gomes e Gianini (2006) que apontaram ser o Método reconhecido prevalentemente pela equipe de Enfermagem como a posição canguru, ou o desenvolvimento da 2ª etapa do MC. Foram demonstrados, nesta pesquisa, esforços dos profissionais visando à humanização da UTIN, mediante estratégias para dor/desconforto, orientação aos pais na primeira visita, estímulo da participação materna dos cuidados e do contato pele-a-pele, relacionando estas práticas ao MC.

Estudo indiano também verificou que a associação do MC está intimamente ligada ao contato pele a pele e que esta prática é eficaz na prevenção de hipotermia mencionado por 73,8% dos entrevistados (DALAL; BALA; CHAUHAN, 2014).

Em estudo similar realizado no Quênia em 2013, revelou que 94,3% dos entrevistados da equipe de enfermagem relacionam o MC com o contato pele a pele (GEORGE, 2013).

Acredita-se que o incremento do conhecimento sobre o MC pela equipe de enfermagem deve-se ao fortalecimento e ampliação de sua base teórica nos últimos sete anos, por ocasião do lançamento da segunda edição da norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (AHRNBP), e assim ao número de tutores e pessoas capacitadas nas instituições hospitalares de todo o território nacional.

Lembra-se que na UTIN deste estudo desenvolve-se desde 2009 o cuidado ao neonato segundo os preceitos do MC. Nesta trajetória pode-se observar que a equipe multiprofissional desenvolveu um longo processo de aprimoramento do MC em parceria com o MS e Secretaria do Estado, em atendimento aos critérios estabelecidos na metodologia de cuidado e avaliados pelos consultores do MS para a consecução do título de Hospital de Referência Estadual, em abril de 2014. Este processo dispendeu grandes esforços da equipe da UTIN em termos estruturais e de aperfeiçoamento das ações que é refletido no resultado apresentado na expressão do conhecimento sobre o MC, realizada mediante esta pergunta.

Os discursos emergentes retratam um cuidar em Neonatologia muito além das execuções técnicas. Constata-se um avanço na humanização do cuidado centrado na família, embora a incorporação dessa prática não se dê de maneira uniforme na UTIN (WATS *et al.*, 2014).

Um dado que chamou atenção é a categoria *Incentivo ao Aleitamento Materno* ter força de compartilhamento de menos de 9% dentre as demais, foi mencionada por apenas 30% dos participantes, por ser o benefício do MC mais apontado nos artigos.

Gomez e Linares (2013) em um estudo hispânico com objetivo de analisar o efeito do MC sobre o início do aleitamento materno revelou que, as puérperas assistidas pelo MC apresentam 22 vezes maior probabilidade de continuar com Aleitamento materno exclusivo após a alta hospitalar.

Da mesma forma, estudo realizado na Índia através de ensaio clínico durante dois anos comprovou que os RN que iniciaram o contato pele-a-pele precoce, apresentaram melhor efetividade na sucção, manutenção do aleitamento materno exclusivo após receberem alta, melhor ganho de peso e maior satisfação materna (SRIVASTAVA *et al.*, 2014).

A seguir são apresentados os DSC construídos com a fala dos participantes nas sete categorias emergentes do substrato discursivo da pergunta 1, sobre o conhecimento do MC.

DSC1 – Categoria A: Controle Ambiental

“Temos que manter a adequação do ambiente na UTIN. Cuidar com o ar... A sala na temperatura adequada... Ambiente tranquilo. Não pode ter muitos ruídos para o bebê! Ter cuidados com os sons,

diminuir e proteger a criança do barulho, preservar o máximo de silêncio na sala, porque o silêncio é muito importante. Sempre que eu posso, eu tento diminuir e chamo atenção das meninas para falarem mais baixo. Tem gente que já fala meio alto, é normal! Até quando você vai abrir a incubadora, não bater com o dedo. Quando for punção (veia) abrir só a portinhola, não deixar tudo aberto, e procurar não falar alto perto da criança. O barulho do oxímetro, já é muito barulho para a criança e tem que ter cuidado com coisas que façam eco. Fazer o menor barulho possível. Tem coisa que não depende da gente... Você até tenta fazer, mas muitas vezes tem que fazer exames, e não dá para todo mundo ficar quieto. Outro cuidado é o ambiente sem muita luz. A luz tem que ser diminuída! Manter a sala mais escurinha, com um período de luz clara, um período de luz um pouco mais branda, e períodos com a luz mais escura um pouco, para o neném ter noção de manhã, tarde e noite. Então, a gente deixa a criança na incubadora aquecida e sempre com uma luz mais baixa, a gente costuma colocar o paninho verde escuro, para penumbra, para que a luz não atrapalhe a criança e não tenha muita claridade no rosto. Eu sempre procuro fechar com o pano verde em todos os lados da incubadora, porque às vezes está só na lateral, mas eu procuro também fechar na parte de trás, porque também entra luminosidade. Depois que tudo esteja pronto... Manter escurinho e ter o horário do soninho... Manter e preservar a hora do soninho deles (RN)... acho que é bem prejudicado de dia, principalmente na passagem de plantão. A gente nem passa plantão de voz baixa, aí pega o plantão e já vai conversando alguma coisa sobre o plantão ou do plantão anterior, é um momento de muita conversa. Eu espero pelo menos até 13h30min (término do horário do soninho), para começar a mexer, dificilmente a gente mexe na criança antes de 13h30minh. Então o que depende da gente, em manter o ambiente... Não deixar as luzes muito acesas... Deixar eles mais no escurinho... evitar o máximo o barulho... A gente sempre arruma. São cuidados que vão interferir no conforto tanto para mãe quanto para o bebê e evitar o estresse! Acho que é isso... Não lembro mais nada".

A categoria *Controle Ambiental* apresentou a maior força de compartilhamento 21,71% (n=28), portanto mencionada por 76% dos participantes, evidenciando a relação atribuída entre a adequação ambiental e o Método Canguru, a qual superou até mesmo a posição canguru.

Em estudo semelhante realizado por LINS *et al.* (2013) também desponha a adequação do ambiente como maior fator de humanização no cuidado em UTIN.

A ECH que mais sobressaiu nos discursos foi a diminuição dos ruídos. Observou-se a preocupação dos participantes quanto aos efeitos dos ruídos na recuperação do RN. De acordo com o DSC, os envolvidos apontaram o silêncio como fator de grande relevância para o conforto do RN. Os mesmos preocupam-se em manipular com cuidado as incubadoras, não dedilhando sobre as mesmas, procuram chamar a atenção das colegas para diminuir o tom de voz e diminuir os ruídos durante os procedimentos. No entanto, apesar do conhecimento expresso de que a redução de ruídos é importante, e que este estímulo é fator gerador de estresse e interfere no conforto do RN, verificou-se que ainda há resistências ou falta de observação por parte de alguns profissionais para a minimização sonora, principalmente com conversas.

Estudo realizado por Daniele *et al.* (2012) aponta que os profissionais de saúde lotados em UTIN reconhecem este ambiente como altamente ruidoso e que esta poluição sonora pode ser prejudicial tanto para os RN como também a si

próprios. E ainda, que dentre as fontes geradoras de ruídos verifica-se que os equipamentos, seguidos do comportamento da equipe de profissionais (conversas) são os maiores contribuidores para este aumento.

Fato é que o ambiente da UTIN é cercado por aparelhos e ações geradoras de ruídos, tais como: ar condicionado, monitores, ventiladores mecânicos, oxímetros de pulso, sistemas de alarme, bombas de infusão, procedimentos de aspiração oro traqueal, de banho, manuseio das incubadoras, vozes, abrir fechar gavetas, passos, rádios, etc. (DARCY; HANCOCK; WARE, 2008), e este cenário requer consciência constantemente ativa para minimizá-los.

A preocupação com os níveis de barulho é justificada pelo fato de que a exposição aos ruídos em longo prazo pode afetar estruturas do aparelho auditivo e manifestar-se na forma de dificuldades no pensar, conversar, soletrar, ler, escrever ou calcular. E ainda, como consequência poderá afetar o desenvolvimento social, intelectual, emocional e linguístico da criança, e até mesmo causar surdez, por ultrapassar os limiares de audição (PINHEIRO *et al.*, 2011).

Conforme a Academia Americana de Pediatria o nível sonoro recomendável em UTIN varia entre 55 dB, durante o dia, e 35 dB, durante a noite. Os RN quando submetidos a intensidades superiores a 70-80 dB, além da interferência no sono, pode gerar estresse, irritabilidade, alterações cardíacas e respiratórias, hipertensão arterial, queda na saturação de oxigênio, alteração do fluxo sanguíneo cerebral, e consumo de glicose. Quadro este que certamente contribuirá desfavoravelmente para a recuperação da criança hospitalizada (OLIVEIRA; COIMBRA; MOR, 2010).

Esse estudo revelou que existe uma deficiência na minimização do ruído, principalmente na passagem de plantão no turno diurno. Em estudos com medições de ruídos realizados em UTIN no Brasil apontam que os níveis médios de ruídos são excessivos, acima de 61 dB, e, portanto não atendem as recomendações nacionais e internacionais (AURÉLIO; TOCHETTO, 2010; PEIXOTO *et al.*, 2011), sinalizam ainda, que os turnos da tarde e da noite são respectivamente com os maiores e menores índices de ruídos (AURÉLIO; TOCHETTO, 2010).

Outro estudo semelhante realizado em uma UTIN no Canadá apresentou valor médio encontrado de 61dB, com pico máximo superior a 120 dB, ficando muito acima dos valores recomendáveis (KENT *et al.*, 2002).

Na percepção dos participantes do estudo, outra adequação ambiental necessária e também fonte geradora de estresse ao RN na UTIN, refere-se ao

excesso de luminosidade, entretanto, os profissionais afirmam utilizar estratégias para o controle da luz. Embora a UTIN apresente-se dentro das normas de climatização e de controle de iluminação, os participantes descreveram ações para diminuir a incidência luminosa sobre o RN, com a utilização de panos escuros, que visam além do conforto e diminuição do estresse, proporcionar um ambiente favorecedor do sono e condicionar o RN ao reconhecimento diurno e noturno.

Pesquisa reitera que às crianças prematuras apresentam maior propensão em desenvolver alterações oftalmológicas como a retinopatia da prematuridade, o estrabismo e os erros de refração resultantes de lesões neurológicas, devido à toxicidade da luz, e a privação sensorial no período de 28-40 semanas, compreendido como de maior desenvolvimento do sistema visual (RUAS *et al.*, 2010).

Apresenta-se que os entrevistados verbalizam a importância em diminuir a luz, com base no conforto e minimização do stress do RN, mas nota-se que houve desconhecimento total sobre a imaturidade visual, e reação pupilar que se estabelece somente entre 30-34 semanas (BRASIL, 2011a).

Ainda verificou-se no DSC que na unidade desta pesquisa outras medidas são realizadas com a finalidade de adequar o ambiente ao RN. Foi implantado nos três turnos de trabalho o “horário do soninho”, que corresponde ao período de uma hora e meia por turno onde as luzes são diminuídas, evitam-se as conversas e a realização de procedimentos, na tentativa de proporcionar ao RN que alcance o sono profundo, responsável pela organização cerebral.

Ichisato e Scochi (2006) destacam a importância de manter um ambiente com ruídos diminuídos ao RN, visto que níveis sonoros de 35 dB contínuos podem mudar a estrutura do sono, acarretando até uma reação vegetativa, pois o sono é um fator importante para a capacidade intelectual, recuperação física, crescimento cerebral e a maturação dos órgãos.

Estudos afirmam que um ambiente de UTIN sem excesso de ruídos tem impacto diretamente proporcional no tempo de internação dos bebês, diminuindo-o, e também na qualidade de trabalho dos profissionais que estão diariamente em contato com este ambiente. Para melhorar o panorama ruidoso de uma UTIN são necessários programas educativos que focalizem os efeitos deletérios do ruído excessivo para um RN. Neste sentido sem custos, apenas com mudanças de hábitos mediante reforço e incremento do conhecimento das consequências

fisiológicas deletérias, pode-se diminuir consideravelmente o ruído (CORREIA; MENDONÇA; SOUZA, 2014; GRECCO et al., 2013).

DSC1 – Categoria B: Acolhimento ao RN/Família

“Desde que o bebê interna na UTIN, acho que o Método Canguru já se inicia... Primeiro, deve-se receber o bebê, e a chegada deve ser humanizada. Assim que a criança estiver bem estabilizada, a primeira coisa é o acolhimento dos pais, o aconchego da família, orientação, orientação, orientação... Humanização... Os pais (aqui o pai é quem chega primeiro, pois a mãe está internada) devem ser orientados desde a lavagem das mãos (procedimento para entrada na UTIN), o uso de avental, e então é levado até o paciente/RN. A enfermeira, ou responsável (profissional de enfermagem) que estiver junto com a criança, e o médico orientam as rotinas, o horário de visita de toda família, os cuidados de rotina da criança, primeiros passos, e como está o estado da criança no contexto geral. Todos os tipos de orientações que a gente possa estar passando para eles com carinho. Na chegada do RN, os pais devem estar cientes do local onde o RN está sendo internado, que está indo para uma UTIN, orientando eles sobre o ambiente, o que vai acontecer nesse ambiente, como que vai ser o dia a dia deles dentro da UTIN, como eles devem reagir... Nós precisamos acolher a família! Explicar... Dar orientação aos pais quanto à prematuridade do bebê e o acompanhamento da gente (enfermagem) durante todo o período que o bebê tá aqui. Os pais a todo instante tem dúvidas... Medo... Então é bem importante que a gente esteja nesse momento bem preparadas para ajudá-los nessa situação. Tanto a equipe de enfermagem, como a equipe médica tem que orientar muito bem os pais e dar bastante apoio, sempre! Quando a mãe vem na primeira visita, o primeiro contato da mãe na incubadora... Você tem que dar o apoio para mãe também! Dar um apoio psicológico, tentar passar um pouco de tranquilidade para a mãe, para ela ficar mais tranquila, se sentir mais segura com o bebê ao lado. Explicar para a mãe como está o bebê, porque primeiro ela não escuta nada... Ela quer saber como o bebê está! Deixar a mãe calma em relação ao tamanho do bebê, em relação aos cuidados, o que ele precisa... Da atenção, do carinho, do colinho, do peito da mãe... Sempre orientando o pai e a mãe dá possibilidade de ficar junto, de ficar o maior tempo possível junto ao bebê, para estar participando, estar ali aconchegando o bebê, conversando, tendo a primeira fase de contato para que se estabeleça um vínculo. Numa segunda ou terceira visita que ela vem... Ela já está mais preparada! Aí teria que instruir a mãe sobre o Método Canguru... O que é, e como funciona o método? Das três fases... O que é a primeira, a segunda, a terceira fase, o que vai acontecer em cada fase, e que o bebê primeiro vai ficar dentro da UTIN... Depois vai para a Unidade Canguru (UCINCa) Depois vai para casa... E que vão ser feitos os cuidados com o bebê em todas as fases, para ela estar bem segura. A gente orienta com relação aos cuidados que a mãe pode fazer... Ao toque... A forma como eles tocam o bebê... Que não podem ficar acariciando, mas devem tocar mais seguramente. Que não podem ficar batendo na incubadora, quanto à orientação do leite, orientar se o bebê está recebendo o leite na seringa, no copinho, ou na mamadeira (casos especiais)... Ensinar elas quanto ao banho, à temperatura (da água) e orientar a falar com eles (RN), que muitos acham boeira os pais conversarem com eles. Isso se o bebê não é tão prematuro, ou com VM, ou esteja com procedimentos invasivos, pois a mãe não consegue fazer logo de início, a gente tem que esperar o tempo dela. Porque elas relatam esta dificuldade de mexer no bebê quando ele tem muitos soros ou VM... Aí você explica que ela nunca tinha visto esse tipo de criança, que ele sobrevive... Porque ela acha que ele ainda é pequenininho, e que não vai sobreviver... Explica que a mortalidade é bem baixa, que realmente é assim... E deixar que as coisas vão acontecendo... Não querer assim: Ultrapassar, querer pegar já o bebê, fazer... Querer que o bebê olhe para ela... Tem mãe que quer que ele olhe! Importante explicar que ele tem só 1,5kg, explicar que agora ele tem que ficar quietinho, fazer o ninho para o bebê... Cuidar, se de repente o bebê começar insaturar, dar uma olhadinha no bebê... às vezes a mãe fica apreensiva com a frequência cardíaca, eu pessoalmente explico para mãe: Olha para o bebê! Olha a cor dele! Não precisa ficar preocupada com o aparelho. O oxímetro às vezes só dele (RN) se mexer, perde o sinal, dá alteração... O maior problema dos pequeninhos acho que é esse: “Das mães ficarem apreensivas...” Se chegar algum visitante... Avó ou avó do bebê, o apoio da enfermagem, conversar com eles um pouco, orientar sempre a família quanto aos cuidados com a criança, que eu lembre, é isso... Na hora que você está ali, você vai lembrando os passos, o que você tem que fazer”.

A equipe de enfermagem reconhece o acolhimento como um cuidado representativo quando se estabelece relação com o MC. Verifica-se uma apropriação do acolher dos pais e familiares, considerou-se, portanto o acolhimento na UTIN fortemente institucionalizado. Não se trata do acolher tradicional que se traduz em uma dimensão espacial e uma recepção administrativa, com ambiente confortável, ou ainda como ocorre em alguns serviços de saúde, como uma triagem e encaminhamento especializado (BRASIL, 2010), e sim de uma atitude de receber, aproximar-se, estabelecer uma relação.

De acordo com as diretrizes do MC entende-se por acolhimento uma ação de aproximação, ou seja, um “estar com”, ou “estar perto de”, significando uma inclusão, e isto implica em estar em relação com algo ou alguém (BRASIL, 2010). Pode ainda ser entendido como uma tecnologia relacional, com vistas a fortalecer afetos com melhorias ao processo terapêutico (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Em trabalho realizado por TANAKA (2013) a UMRN desenvolve há anos estratégias de melhorias ao acolhimento, por ser uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização Hospitalar. E assim, reorganiza seus processos de trabalho na tentativa de iniciar ou ampliar o vínculo familiar com RN. Todos os setores que compõem esta Unidade (Maternidade), considerando suas especificidades, possuem formas de acolhimento à gestante, ao neonato, aos pais e familiares, que passam por constantes reavaliações.

O DSC traz com bastante ênfase a necessidade de intensa orientação aos pais, orientações estas que vão desde as rotinas de entrada na UTIN e das condições do quadro clínico do RN, até as especificidades de cuidados que o RN necessita para um melhor crescimento e desenvolvimento extra útero na condição de RNPT e/ou BP. Aponta ainda para a necessidade de instruir os familiares na forma de tocar, de iniciar os primeiros cuidados, como a troca de fralda, e da importância do falar com o bebê.

Como estratégias de acolhimento, esta UMRN/HC adotou a visita à UTIN das gestantes de risco e do ambulatório de malformações, na tentativa de aproximação da gestante à realidade de uma UTIN, e desmistificação da palavra ‘UTI’, buscando com isso diminuir ansiedades e medos frente ao internamento. O acolhimento ao neonato é realizado de forma a minimizar os efeitos estressores da UTIN e principalmente diminuir os possíveis danos no desenvolvimento infantil decorrentes

do nascer prematuro. Preconiza-se o manuseio seguro, com sutileza e mínimo, adequação do ambiente com diminuição de luz e ruídos, a inserção dos pais no cuidado de forma crescente, e o respeito na individualização do cuidado. .

Aspecto importante também reconhecido por esta equipe é a inserção e participação efetiva do pai, e não somente da mãe, criando possibilidades futuras de um cuidado mais participativo da figura paterna. Aos pais, o acolhimento é realizado como ficou evidente no discurso por uma equipe multiprofissional que procura num primeiro momento orientar os pais da rotina da UTIN, das condições clínicas do RN, ambientá-los nesse recinto que passará a fazer parte da rotina diária de suas vidas não na condição de visitas, e sim como acompanhantes de seu filho, e de uma forma crescente inseri-los nos cuidados no intuito de fortalecimento do vínculo e preparo dos pais para o cuidado domiciliar.

Pode-se afirmar que na UTIN o acolhimento é fortemente institucionalizado receber de forma humanizada o neonato, seus pais e familiares tornou-se um cuidado primordial com vistas ao sucesso de vinculação RN/família e de relação família/equipe.

Hennig, Gomes e Morsch (2010) afirmam que o impacto de ter um filho internado na UTIN pode ser minimizado com um acolhimento bem sucedido. A relação de segurança proporcionada por este momento desencadeará a postura dos pais no decorrer do internamento (HENNIG; GOMES; MORSH, 2010). Portanto, faz-se necessária uma comunicação eficaz entre equipe/família, uma ambientação dos pais na UTIN, esclarecendo os objetivos da internação, a necessidade dos equipamentos, e a importância dos procedimentos. Vale ainda ressaltar os riscos e reservas prognósticas do RN, e mostrar-se disponível em sanar as dúvidas e discutir os medos sempre que estes aparecerem.

Estudo realizado em uma UTIN na França, envolvendo 60 pais, revelou que quando há interação através da comunicação efetiva entre pais e profissionais da equipe, e atitude solidária da equipe de enfermagem com os pais e bebês, são oportunizadas a redução no nível de estresse sofrido por esses pais, que reconhecem essas atitudes dos profissionais como pré-condições necessárias para o desenvolvimento da criação de vínculo, e segurança para iniciar os cuidados com seus filhos (GUILLAUME *et al.*, 2013).

Nessa relação à equipe de enfermagem, por estar mais tempo ao lado do RN, assume papel fundamental para a adaptação dos pais que se veem em um

ambiente desconhecido, diante da situação inesperada do internamento do filho. O estabelecimento de uma relação saudável entre equipe/família favorece aos pais um melhor enfrentamento do parto prematuro e promove condições de assumir a maternidade e paternidade mesmo longe das condições esperadas (LUCAS *et al.*, 2009).

Duarte *et al.*(2010) acenam para o mesmo sentido ao apontar que o aprendizado dos familiares por ocasião da internação servirá como base para a continuidade do cuidado quando o bebê estiver em casa, reconhecem a importância da integração entre a equipe e a família para que este processo de trocas aconteça.

A chegada de um RN altera toda a dinâmica familiar, quando este surpreende nascer antes da hora e necessita de uma internação, esta família necessita de uma rede social de apoio⁵ que é normalmente encontrada nos avós (PEIXOTO *et al.*, 2012). A visita dos avós além de configurar um grande instrumento nas práticas de humanização nas UTIN é uma forma de aproximar relações familiares e fortalecer esta rede social de apoio. A presença dos avós juntos as mães e pais do RN propicia um suporte para transpor esse momento de fragilidade vivenciado pelos pais (PEIXOTO *et al.*, 2012).

Ainda pensando no acolhimento e na inserção da família na UTIN, os avós são acolhidos no momento da internação do RN, juntamente com o pai na primeira visita. O horário de visitas foi ampliado em dias e turnos alternados para facilitar o acesso dos familiares na UTIN. Instituiu-se um dia específico para a visita do irmão, e semanalmente são realizadas reuniões da equipe multiprofissional com os pais dos RN internados. Além dessas reuniões rotineiras, conforme haja necessidade exposta pelos familiares ou mesmo evidenciada pela psicóloga/assistente social os pais são atendidos orientados e/ou confortados sempre que houver necessidade.

Outro aspecto importante encontrado no DSC, diz respeito à quantidade de informações repassadas em uma primeira visita. Normalmente, as mães impactadas pelo medo e pela culpa, somente querem saber como está seu bebê, e não estão preparadas para receber todas as informações que os profissionais da UTIN precisam e querem repassar. A seguinte fala [*... porque primeiro ela não escuta nada... Ela quer saber como o bebê está!*"], traduz a experiência profissional

⁵ Para SLUZKI (2010), a rede social de apoio é: “A soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para sua autoimagem.”

acumulada em anos de convivência com mães de RN internados na UTIN, e que compreendem a necessidade de tempo para as mães absorverem esse turbilhão de informações desconhecidas. Da mesma forma Schimdt *et al.* (2012) por meio de um estudo realizado em uma UTIN no estado do Paraná objetivando identificar as expectativas e anseios dos pais na primeira visita ao filho na UTIN, sinalizaram a necessidade de que as informações sejam repassadas aos pais de forma continuada conforme a necessidade momentânea, respeitando o processo de aceitação e adaptação de cada família.

DSC1- Categoria C: Promoção do Contato Pele a Pele

“Uma coisa que é bem importante e que o método preconiza é a posição canguru. É o contato pele a pele do bebê com a mãe e com o pai, para que ele (RN) sinta o cheiro, o calor, para que ele possa ter uma melhor respiração, e para aprimorar o contato mãe/filho, pai/filho e estabelecer laço afetivo com o bebê... Segundo o Ministério da Saúde, não tem uma idade específica para iniciar a posição canguru. Não existem regras, a criança precisa estar estável. Para nós aqui (UTIN) a única coisa que tem que cuidar é se o bebê está estável, desde que ele esteja estável, mantendo a temperatura, bem controladinho... Então, qualquer idade ele pode ir para o colinho da mãe para ficar na posição canguru. À medida que for liberado pelo médico a posição canguru, tem que orientar a mãe para estimular, favorecer o contato da mãe com o bebê. Por o bebê com a mãe mesmo... praticar a posição canguru. Ofertar para o pai também, se ele quer fazer, ele pode fazer... Para ter uma ligação, um vínculo desde o início. Demonstrar ou explicar os benefícios da posição canguru, pois se não faz isso, depois elas não se apegam mais ao bebê. Esse contato pode ser usado tanto para mãe quanto para o pai, eu gosto quando os pais fazem também, e tem alguns casos que até irmãos e avós fazem canguru, tem vontade... Os pais são importantes, muito importantes... Mas primeiro tem que preparar a mãe, que daí eles acompanham mais. A criança se sente acolhida e isso faz bem para a família! Eu acho assim... Temos que incentivar bastante os pais a mexer nele (RN), ali dentro da incubadora, a trocar... Para ir aprendendo e começar a ter segurança desde aqui de dentro, 1ª fase, e dar condições para a mãe ficar com este bebê lá (UCINCa), pois o contato mãe e RN é muito bom à criança, desenvolve bem. Inclusive em crianças que estão entubadas, estão no respirador é feito e bem válido. Para o contato mãe/pai com o bebê, você tem que falar... Tem que tirar (posição), deixar a mãe tranquila, porque num primeiro momento ela vai falar: Será? E explicar: "Ele precisa do seu colo, ele precisa estar pertinho de você!" e isso já começa aqui dentro (UTIN) não só lá na (UCINCa). Tem que por mesmo e fazer a posição. Se a mãe está (presente), você orienta a mãe como mexer no bebê, porque tem que entrar em contato para por na posição canguru. Ela tira toda a roupa e põe o avental... Ensinar como ela deve pegar, porque ela nunca viu isso... Ela nunca viu que para pegar o bebê tem que ficar pelada... Então, coloca o bebê na posição correta... Ajeita o bebê no peito dela, coloca ele (RN) na faixinha, que é um critério e não é a mesma coisa de colocar no colo, e ela fica com ele pelo menos uma hora, depois volta para incubadora. Quanto mais tempo ficar, melhor... Isso depende do estado da criança também. Pode ir com o respirador, com todos os equipamentos, desde que a mãe já esteja orientada e preparada para isso. A gente deve acompanhar a mãe, ver se a mãe está preparada, não está desesperada, muito ansiosa, e estar cuidando de todos os parâmetros... Ficar por perto, supervisionar para que ela fique ali segura do que está fazendo principalmente quando esta com suporte ventilatório... Ver se a posição está confortável para ele, agasalhar cuidar com a temperatura da sala se está propícia para o bebê. O aquecimento do bebê é muito importante. Quando coloca em posição deve ficar aquecido, não é só porque está pele a pele com a mãe que vai estar aquecido. Eu coloco na posição canguru quando eles pedem, ou eu ofereço para mãe, ao invés de só pegar no colo, tento aumentar o vínculo, dar conforto, o carinho, essas coisinhas... E insisto quando não tem uma restrição médica de VM ou CPAP, não pela ventilação, mas às vezes está muito instável o bebê, aí então, eu converso com os médicos e se eles autorizarem pela instabilidade o método canguru eu acabo fazendo. É melhor ir para o colo com mais de 800g, né? Tem que ver o

peso... Desde o início até enfim... Tem que orientar a mãe da possibilidade de ficar junto com o bebê, que já está bem, que está sem oxigênio, e às vezes até com oxigênio para ficar no cuidado (UCINCa) para fazer a posição canguru e então, ficar o máximo de tempo possível para criar vínculo. Que eu lembre é só... Mais ou menos isso!”

A posição canguru caracteriza-se por colocar o RN despido em posição vertical, entre o peito materno também despido, em contato pele-a-pele de forma crescente, e pelo tempo em que for prazeroso para a díade, no intuito de favorecer a estabilidade fisiológica do RN, uma maior vinculação RN/família e o estabelecimento do aleitamento materno com maior duração (BRASIL, 2011a; NYQVIST *et al.*, 2010).

Neste estudo a *Posição Canguru* foi lembrada por 70% (n=26) dos participantes, como 3ª no ranking da força de compartilhamento, perdendo para as categorias *Acolhimento* e *Controle ambiental*. Embora seja a partir do contato pele-a-pele que se deu o início do MC e consequente expansão mundial, no Brasil, atualmente, o MC representa muito mais que a posição canguru, representa um conjunto de ações que visam um cuidado mais humanizado ao RN, com inserção da família e que minimiza os efeitos dos estímulos recebidos durante o internamento para o melhor desenvolvimento infantil.

Esse método na concepção brasileira apresenta uma identidade diferenciada, justamente a partir de sua identificação como prática “humanizada”, destacando-se os efeitos benéficos do vínculo afetivo comprovados especialmente para a saúde da criança (CHARPAK, 2001; CHARPAK; CALUME; HAMEL, 1999; CHARPAK; RUIZ PELAÉZ, 2006; LAMY; HENNING, GOMES; GIANINI; 2006, SANTANA, *et al.*, 2013).

No DSC ficou evidente a relação da prática canguru com o estabelecimento do vínculo afetivo entre RN/família. Para os participantes do estudo, estimular esta prática favorece aproximação dos pais com o RN, e deve ser incentivada desde o início do internamento, procurando esclarecer os benefícios do contato pele a pele para o RN e família.

Estudo semelhante realizado com profissionais de enfermagem em Minas Gerais reconhece a posição canguru como parte integrante do MC e apontam a posição canguru como facilitador do processo afetivo entre mãe e filho, e grande contribuinte para o desenvolvimento do RN (SANTANA *et al.*, 2013).

Aspecto também relevante e presente no DSC são o incentivo, por parte da equipe de enfermagem, para participação paterna na prática canguru e, nos cuidados ao RN durante o internamento. Estudo hospitalar realizado no Rio de

Janeiro, enfatiza que quando o parceiro acredita, apoia e se envolve nas práticas do MC, os laços do núcleo familiar são fortalecidos (MARTINS; SANTOS, 2008).

O contato pele-a-pele além de ser uma estratégia de cuidado que beneficia o controle térmico do RN, sendo uma das necessidades do RNPT e/ou BP, também estimula as condições maternas para amamentação e a proteção do bebê contra infecção, favorecendo, o desenvolvimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê, devido à proximidade física (PELLEGRINELLI *et al.*, 2013).

Segundo o MS (BRASIL, 2011a) não há uma idade específica, como relatado no DSC, para o início dessa prática, deve-se existir o desejo da mãe ou do pai em realizar a posição e para tal o RN deve estar estável clinicamente.

Porém, muitas vezes o medo em tocar o bebê, e posicioná-lo contra o peito sobressai o desejo em pegar o RN no colo, como foi destacado no DSC. O desconhecimento da técnica, dos benefícios dessa prática, a necessidade de tirar a roupa, num primeiro momento faz com que os pais recusem a posição, como também apareceu no DSC. Nesse momento são primordiais as orientações e o incentivo da equipe multiprofissional para o início do contato pele-a-pele.

Para Melo, Souza e Cardoso de Paula (2013) a insegurança materna frente o nascimento prematuro do filho, coloca em dúvida a sua capacidade em cuidar do seu RN, com isso, a criação de vínculo, a apropriação do papel de ser mãe e amar o filho prematuro requer tempo e aprendizado.

DSC1 – Categoria D: Respeito na Individualização dos Cuidados

“Bom”... São vários os cuidados... Na fase I, todos os cuidados com o bebê de UTIN... Quando os bebês dão entrada na UTIN... A gente os recebe como bebê de alto risco, baixo peso. O RN tem que vir dentro de uma incubadora, aquecido, não é feito o banho no primeiro momento para estabilização do bebê. Muitas vezes, ele já vem com o peso do CO, ou a gente acaba pesando eles na unidade. Faz assim... Os cuidados imediatos de aquecimento adequado do bebê no calor radiante, de punção venosa, drogas, medicações invasivas, suporte ventilatório, é verificado a temperatura, controle dos sinais vitais, dextro, mantem com oxímetro e faz a troca do sensor sempre para não queimar o pezinho. Mas, priorizando o conforto e aquecimento para criança não desestabilizar. Na incubadora, cuidado no aconchego... O aconchego no formato segurando os pés e a cabecinha (contendo). A gente usa muito o ninho, para confortar o bebê,... aprendemos no curso canguru para o bebezinho se sentir aconchegado e bem confortável. Procuro ver se pega a cabeça, porque só o rolinho nas pernas não resolve, acho que tem que ser mesmo como se fosse uma gotinha em volta de todo o bebê. Como ele estava dentro do útero acolhido e bem protegido e tinha a sensação que não podia esticar... Ali ele tem a mesma sensação, sente o limite e não fica com aquela sensação que não tem nada em volta. Quando eu embrulho o bebê por algum motivo que ele está muito agitado, faço uma contenção e procuro deixar as mãozinhas perto do rosto. Quando vai manusear o bebê, procurar fazer todos os cuidados ao mesmo tempo para não estressar muito eles. Se tem um dextro às 24h,

mas vai mexer com a criança às 23h, então você pode adiantar... Faz tudo às 23h, evitando mexer várias vezes com aquela criança. Manuseio mínimo! Porque o bebezinho de baixo peso não pode estar sendo manuseado muito, fazer tudo mais reduzido mesmo para que ele tenha o maior tempo possível ali quietinho, para que não venha atrapalhar o desenvolvimento. Com o toque... Tem que cuidar muito... Tentar no manuseio segurar a criança para ela sentir que você está pegando nela e não esfregando e fazendo carinho. Orientar os pais a respeito disso também, que ele (RN) não ia estar te vendo, ia estar te ouvindo, te sentindo... mas não te vendo! Não é para ficar aqui mexendo, sacudindo... Tem que pegar delicadinho, tem que ficar no ninho, a posição também conta a ventral no baixo peso aconchegar a criança, para ela se sentir segura, como se estivesse na barriga, manter quentinho... Manter o bebê mais confortável na incubadora, Se o bebê está dormindo... Ver se dá para esperar um pouquinho para não mexer com a criança... Preservar o sono do bebê. O horário do soninho é respeitado. Se estiver em respirador, precisa de mais cuidado ainda... coloca o oxímetro, cuidado com a temperatura principalmente, e no respirador mais cuidado ainda. Quando tem cateter central, o máximo de cuidado tem que ter... Para puncionar, acho que desde colocar um garrote tem que ter cuidado, para que não fique muito apertado, a tua delicadeza em fazer a assepsia para puncionar. Abrir só a portinhola da incubadora, não deixar tudo aberto. Outra coisa que acho importante é conversar com o bebê, por mais que seja um bebezinho ali. Mas, no contato de puncionar, dá para conversar com o bebê, não só com o adulto é que podemos fazer isso, mas também com uma criança, você pode dar um carinho, sabe isso acho bastante importante. Eu acho que funciona! Antes de você puncionar, na hora de procedimentos invasivos dar aquela glicosezinha, eu acho isso fantástico, acho que tem resultado métodos do uso de glicose com água destilada para amenizar a dor... Então, às vezes eu vejo que não é usado, tem certos médicos que estão cientes e usam, mas outros infelizmente não. Então, o banho não é dado todos os dias, tem todo um cuidado com o banho. A higiene do bebê de baixo peso e os muito pré-termos é feita uma vez por semana. Quando for fazer higiene nesses bebês de baixo peso não se deve tirar da incubadora, é banho de leite dependendo do tamanho do nenê... Não dá banho de bacia em bebê até 1500g ou 34 semanas. É feita a limpeza (higiene) na incubadora mesmo com o paninho molhado. Acho que tem que ir enrolando com cuidado, não tirar os panos cueiros todos de uma vez, pois a criança fica toda descoberta. Já os maiores, acima de 2500g, banho de imersão. Espera a sanitizadora limpar a incubadora; deixa enroladinho. Depois retorna (RN) e deixa tudo arrumadinho... Trocar a fralda com o bebê lateralizado que nem sempre a gente faz... eu preciso ser policiada para isso... porque são muitos anos você fazendo de um jeito! No início quando faz o curso você faz, mas daqui a pouco ninguém faz, ninguém cobra e você vai relaxando... Quando for pesar, começamos agora a deixar o bebê enroladinho, porque assim ele vai ficar protegido e é isso que ele precisa, porque senão você tira coloca na balança descoberto, já é uma outra temperatura, o bebê vai sentir tudo isso, e para ele isso não é bom. A passagem de sonda... Alimentação... A passagem do leite de horário... Sucção não nutritiva... Estimular o peito materno... Esses cuidados acho bem importantes! A passagem da sonda naso-gástrica se tiver em ar ambiente e SOG se estiver com oxigênio... Em via oral de preferência sonda gatinho para os menores de um quilo, de uma forma que não machuque, para que libere no caso a criança para fazer a sucção. A fixação de gatinho estimula a sucção do bebê. Eu acho bastante importante esse método da sonda gatinho, também passo a gatinho, é fantástico, muito válido, e tem que ser usado. Algumas pessoas têm dificuldade e resistência, inclusive eu mesma tinha! O método de passar se for bem correto funciona... Se for mal colocado eu acredito que não funciona! Tem que ser mesmo fixada próximo da orelha, para que a criança tenha movimento, e ela tem inclusive na sucção do peito materno, não atrapalha a pega em nada... Deve ser usada! Hoje vejo que é bem válida a criança aproveita mesmo. Uma das coisas que a gente fica meio assim... É sonda 4 ou sonda 8? A gente vê bebê com sonda 6 e deveria ser 4, então conforme vai descendo esse leite, e tem que ser devagarinho, tudo isso influencia nesse método... De cuidado exatamente com o bebê que eu lembro é isso... Enfim... Ter o melhor cuidado porque é um ser tão sensível prematuro, tem que ter o cuidado especial com a visão, com o cérebro do bebezinho... Um cuidado especial! Porque se tivesse outra barriga, ele iria estar lá dentro quietinho, acomodadinho... Eu sempre digo: podem me cobrar porque só assim a gente grava e aprende a fazer, que não é difícil, é só uma questão de se adaptar!

A individualização dos cuidados foi lembrada por 25 entrevistadas, com força de compartilhamento de quase 20% dentre todas as categorias, com riqueza de expressões e detalhamento. O DSC explicita a preocupação dos profissionais em

buscar o conforto e realização dos cuidados de maneira a preservar o RNPT dos efeitos adversos dos mesmos, respeitando suas individualidades desde a sua recepção na UTIN, proveniente do centro obstétrico.

Estudo conduzido por Dusing, Drew e Brown (2012), verificou a necessidade de introduzir princípios do desenvolvimento individualizados ao RNPT desde o momento da admissão do neonato na UTIN, sobretudo a identificação dos sinais de stress, bem como suas fontes geradoras e estratégias para tranquilizar o neonato, consistentes com a Teoria Síncrono-Ativa do Desenvolvimento.

O momento de chegada de um RNPT visa prioritariamente sua estabilização clínica e ambiental (térmica). No entanto, devido às necessidades de monitorização, acesso a uma rede venosa segura, controle metabólico, ocorre uma superestimulação desses RN. O mesmo necessitará ser posteriormente confortado na incubadora para o real controle térmico, com minimização dos ruídos, envolto no ninho, na busca por uma aproximação da segurança uterina, e serem evitadas as manipulações excessivas a fim que organize seus sistemas.

Os cuidados preconizados pelo MC visam respeitar as singularidades de todos os RN e o estado comportamental. Assim sendo, quando o RN encontra-se protestando ou chorando, deve-se consolá-lo completamente antes da realização do procedimento (BRASIL, 2014b).

No RN internado, bem como relatado no DSC não são realizados banhos em um primeiro momento. O banho, neste caso, é um procedimento estressante, que pode propiciar hipotermia, aumento do choro, consequentemente aumento do consumo de oxigênio e desestabilização dos sinais vitais (BRASIL, 2014b).

Enfatiza-se que, embora tenha sido manifestado pela equipe de enfermagem, mediante o discurso, o conhecimento de que o banho deve ser semanal, este procedimento começou a ser respeitado somente em vigência das coletas de dados desta pesquisa, reiterando que aconteceram concomitantemente treinamentos envolvendo banho e pesagem, por ocasião da avaliação para a conquista do Título de Referência Estadual para o MC.

Ainda referente ao banho do RN, o DSC aponta o peso como critério exclusivo para a escolha entre banho de leito ou imersão. Pode-se verificar que este cuidado não está totalmente claro para esta equipe, pois o banho de imersão também é contraindicado em uso de terapias de suporte ventilatório, e na instabilidade do RN, independentemente do peso (MIYAKY, 2014).

Na condição de sono profundo, também chamado de sono REM (*Rapid Eyes Movement*) fase mais profunda, o RN não deve ser manuseado, pois a interrupção do sono compromete o funcionamento do organismo, principalmente do RN prematuro. O sono REM é fundamental para a organização dos neurônios e favorece o crescimento e desenvolvimento do RN (BRASIL, 2014; GAÍVA; MARQUESI; ROSA, 2010).

Observou-se que a preservação do sono, assim como o agrupamento de cuidados, com vistas a favorecer o manuseio mínimo, foi lembrada no DSC como ações pertencentes ao MC. Segundo dados da literatura os RNPT são submetidos em média a 134 procedimentos dolorosos nas duas primeiras semanas de vida, ao dia são entre 10 a 14 procedimentos dolorosos (BRIGITTE *et al.*, 2010).

Embora a dor do RN seja de conhecimento amplo entre os profissionais de saúde, estudo recente envolvendo a equipe médica, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, revelou grande conhecimento destes profissionais quanto à temática, porém em mesma proporção lacunas na aplicação de medidas farmacológicas ou não farmacológicas frente à dor do RN (CAPELLINI *et al.*, 2014).

O MC recomenda que devam ser adotadas medidas não farmacológicas que minimizem a dor e o estresse do RN. Verificou-se nesta pesquisa que a equipe de enfermagem adota medidas de proteção do estresse e dor do RN utilizando a glicose 25%, e contenção em forma de “rolinhos” com a utilização de cueiros, ou mesmo contenção com as mãos dos pais, ou do cuidador/equipe, sobre os pés e cabeça, buscando a posição fetal.

O uso da glicose vem sendo discutido como medida preventiva da dor do RN há mais de 20 anos. Estudos comprovam a efetividade desta solução na tranquilização e organização do RN frente a procedimentos dolorosos (SILVA; CHAVES; CARDOSO, 2009). Em outro estudo desenvolvido por Axelin *et al.* (2009), demonstraram que o uso da glicose oral em pré-termos durante os procedimentos de aspiração endotraqueal e punção de calcâneo é muito eficaz, diminuindo a pontuação dos scores de dor em neonatos.

A contenção é outra medida amplamente utilizada em RN principalmente em menores de 1000g, quando os controles respiração/deglutição/sucção são prejudicados por imaturidade dos sistemas e contra indica a solução de glicose. Esta posturação promove segurança e uma auto-organização semelhante ao ambiente

intrauterino, conforto e bem-estar que conduz a respostas psicológicas e comportamentais de atenuação de dor no neonato (FALCÃO; SILVA, 2008).

O RN deve ser confortado no ninho como foi expresso no DSC, a fim de obter limitações do seu corpo. A mudança de decúbito deve ser proporcionada com sutileza atendendo prontamente aos sutis sinais de desorganização do RN. Quando ocorre a desorganização e agitação do RN, proporcionalmente ocorre um gasto energético o que pode retardar o ganho de peso e consequente alta do RN (GAÍVA; MARQUESI; ROSA, 2010).

Outro cuidado apontado no DSC, e não encontrado em outros estudos análogos, refere-se ao cuidado de falar antes de tocar o RN, esse cuidado além de humanizado e respeitoso, evita a reação negativa nos contatos posteriores (BRASIL, 2014). Essa ideia reflete o conhecimento sobre esta prática, embora tenha sido compartilhada por apenas duas pessoas. A mecanização dos cuidados ainda é uma prática bastante comum nas UTIN (OLIVEIRA *et al.*, 2013), contudo percebe-se uma tendência com o fortalecimento do MC que esse paradigma se modifique.

Dentre todos os cuidados agrupados pelo MC como forma de humanizar o cuidado ao RNPT e/ou BP, a sonda com fixação tipo gatinho foi lembrada. A SOG “tipo gatinho” apresenta a mesma técnica de medidas e introdução que a sonda orogástrica tradicional, a diferença está na fixação que é realizada no osso zigomático para propiciar a liberação do músculo orbicular dos lábios, deixando-o livre para a sucção no peito materno (BRASIL, 2014b).

Este cuidado ainda tem grande resistência da equipe de enfermagem como será apresentado em discurso adiante, porém emerge neste DSC com positividade quando utilizada a fixação corretamente, por facilitar a pega do RN no peito materno. Esse discurso síntese foi expresso por uma das entrevistadas que teve a oportunidade de conhecer outro centro de referência do MC, no estado de Santa Catarina, dias antes desta coleta de dados, no qual este procedimento é adotado como rotina. No discurso a mesma afirma ter sido resistente, mas ficou convencida que a técnica funciona. Esta situação remete à importância de capacitações com evidência de que cuidados realizados com conhecimento fundamentado cientificamente podem surtir efeitos positivos sobre mudanças de condutas, pois esta profissional passou a reproduzir com convicção uma prática que antes não acreditava.

Vários são os cuidados diferenciados propostos pelo MC ao RNPT e/ou BP. Quando esses cuidados são executados com conhecimento, respeitando as individualidades e limitações do RN expressam uma corresponsabilidade da equipe de saúde no desenvolvimento infantil dessa criança.

DSC1 – Categoria E: Incentivo ao Aleitamento Materno

“A mãe quando começa amamentar é importante também fazer as observações de rotina. Tem que orientar como que vai proceder a essa situação... O encaminhamento ao banco de leite. Aí vai falando para ela: mãe você tem leite! Orienta para ela ir preparando o peito... Ela fica meio perdida e fala: Não desceu o leite ainda! Aí você explica que depende se é parto normal ou cesariano... Orienta para ir fazendo massagem no peito para que o leite vá descendo... Vai vendo se tem leite... As primeiras gotinhas... O primeiro leitinho... Aí vai poder dar para ele quando ele começar alimentar! Mesmo que por gavagem. Eu pego aquela seringa de 1ml e pingo na boquinha do bebê como se fosse uma vacininha e ela fica toda feliz, e se estimula a tirar mais, acha que o leite dela é importante... A gente orienta quanto à ordenha, estimular o peito, incentivar bastante o aleitamento materno. A mãe tem que ser muito incentivada para esgotar e amamentar. A hora que a criança tem que receber o leite explicar que o leite dela é a primeira coisa mais importante... Tem que cuidar do leitinho, ficar calma e tranquila tem que preparar a mãe a pegar mais o bebê por causa do leite, porque ele está ali do lado (peito) e os estímulos... O cérebro se comunica. Têm mães que eu fico meio receosa, eu não tenho aquela agilidade, aquela facilidade, e eu sei que tem colegas que tem... que é ordenhar... Essa parte eu deixo um pouco a desejar... Vou ser bem sincera para você. Mas faço de tudo, e quando vejo que não estou conseguindo, chamo a fono (fonoaudióloga), e falo: Agora é com você! Mas quando eu não consigo corro atrás, porque sei que tem alguém mais preparada do que eu... Então, tem que incentivar a mãe quando o RN está naquele processo de baixo peso, de não sucção... Ir ali e estimular, ela começar a ordenhar para que desça o leite. Acho importante e tem que incentivar mesmo o aleitamento materno. A mãe sabe que está dando o leite dela para o RN, para que evite infecção, para que evite enterocolite, vai evitar tudo isso. Na alimentação... Apoiar ela, e se a mãe não conseguir alimentar... Se está com dificuldade de alimentar (RN), a enfermagem alimenta... Eu acho que com a mãe presente e dando o leite da própria mãe, a criança vai ganhar peso, a infecção vai diminuir... E se ela ficar tranquila... O leite vai aumentar, e o peso... Vai ganhar mais fácil, podendo ganhar alta antes evitando que ela tenha uma infecção e fique com uma alta tardia. Aqui tudo é válido, eu acho 10! Na verdade elas ficam perdidas... Mas tem que estimular a amamentação, conversar com as mães, elas precisam do incentivo... E no ambulatório verificar a mãe dando o leite, se está sugando, mamando... E seguindo todos esses passos, para quando receber alta... É só crescer como uma criança normal, sem nenhuma consequência disso”.

A associação do aleitamento materno com o MC apresentou-se relativamente baixa nesse estudo, foi lembrada por apenas 11 profissionais (30%), emerge como uma das menores forças de compartilhamento das respostas à pergunta, (8,53%). Este achado pode ter relação com o fato de o Hospital ter o título de Hospital Amigo da Criança, desde 1995, assim já ter seus servidores preocupados em promover, proteger e apoiar o Aleitamento Materno desde então, e não ser esta prática percebida, na visão das entrevistadas, como relacionada ao MC.

Estudo realizado em uma maternidade do Piauí, com 19 mães de RN pré-termos, demonstrou que a equipe de enfermagem orienta constantemente sobre as

técnicas e a importância do aleitamento, e reconhece o MC como favorecedor desse processo (COELHO *et al.*, 2013).

Em contra partida, estudo similar, realizado na Índia, em 2012, no que diz respeito ao aleitamento materno e método canguru, de maneira semelhante a esta pesquisa, a associação do MC apresentou-se baixa, somente 33% lembraram o aleitamento materno como ação integrante do MC, e apenas 27,6% acreditam que o MC aumenta as taxas de aleitamento materno.

Igualmente estudo realizado por George (2013) revelou que apenas 38,6 % dos entrevistados da equipe de enfermagem associaram o MC com amamentação eficaz.

Apesar da pouca associação do aleitamento materno com o MC, o DSC revela grande conhecimento da equipe quanto aos benefícios do leite materno e amplo incentivo proporcionado às mães para que estimulem a mama visando produção láctea, favorecendo posteriormente o aleitamento materno.

Entende-se que o leite materno supre as necessidades alimentares do RN até sexto mês de vida, sendo indispensável à inclusão de outros complementos alimentares. Além de proteger as vias respiratórias e gastrointestinais, favorece um ganho de peso adequado, livre de contaminação, propicia de forma natural o vínculo e afeto e promove a proteção imunológica do RN (VELOSO; ALMEIDA, 2009).

Com a estimulação do aleitamento materno, ou da oferta do leite cru ordenhado, os profissionais acreditam diminuir as infecções e enterocolites decorrentes da manipulação do leite proveniente do banco de leite. Estudo realizado por Santana *et al.* (2013), corrobora com os achados desta pesquisa, pois a equipe de enfermagem acredita que, a oferta do leite materno propicia ao RN, além de um ganho de peso mais rápido, uma maior resistência imunológica e consequente diminuição do risco de infecção.

Na condição de RNPT e RNPB, conforme descrito na literatura, o aleitamento materno é fundamental, pois o leite de mães de pré-termos apresenta diferença na composição dos constituintes imunológicos e aporte proteico-energéticos, em relação aos de mães de RN a termo (BRAGA; MACHADO; BOSI, 2008).

Corroborando com esta afirmação, Agrasada *et al.* (2011) apontam o efeito protetor do leite materno, especificamente o aleitamento materno exclusivo na ocorrência de doenças ao RNPB. Neste sentido revela-se a importância dos

profissionais de enfermagem incentivar precocemente a ordenha, e oferta do leite da própria mãe.

Neste sentido Pacheco e Cabral (2011), referem que a equipe de enfermagem pode influenciar através das orientações a despeito dos benefícios do aleitamento materno ao RNBP, porém pouco se verifica na manutenção do aleitamento exclusivo.

Porém, como descrito anteriormente, a condição de hospitalização do RNPT e/ou BP pode gerar na família danos emocionais, inseguranças e incertezas quanto à sobrevivência do filho, e esses aspectos decorrentes da hospitalização caracterizam-se como fator de interferência no processo de aleitamento materno, as mães sentem-se incapazes de alimentar seus filhos tão pequenos e frágeis (PAIVA *et al.*, 2013).

Outro fator que interfere na amamentação exclusiva segundo Cruz *et al.* (2010) diz respeito ao tempo de internamento, quanto mais prolongada a internação menor será a probabilidade de manter o aleitamento materno exclusivo. O período de internação aumentado reflete na formação de vínculo e apego entre mãe e filho, dificultando o início do aleitamento materno e consequentemente a manutenção do mesmo.

Associado a dificuldade materna, existe ainda a dificuldade que os RNPT e/ou BP apresentam na coordenação entre sucção, deglutição e respiração devido à imaturidade cerebral e diminuição do estado de alerta. Assim, o retardo nesse processo implicará em uma hospitalização mais prolongada, e em um ganho de peso lentificado, por este motivo é preconizado pelo MC o estímulo à sucção por parte dos profissionais (SCOCHI *et al.*, 2010).

Percebe-se no DSC uma grande preocupação ao incentivo do aleitamento materno e a ordenha do leite, mesmo quando o RN ainda não está liberado para a sucção ao peito materno, esta ordenha é necessária para que os estímulos da lactação não cessem pela falta da sucção, pois a glândula mamária reconhece que quanto maior a drenagem maior a necessidade de produção de leite (PAIVA *et al.*, 2013).

Neste sentido, os autores ressaltam a importância dos profissionais de saúde em orientar as mães para a ordenha do leite em horários pré-fixados, e de forma correta nos períodos em que o RN não apresenta sucção nutritiva. Essa conscientização materna para a ordenha mesmo que se apresente como um

processo sacrificante, doloroso e, muitas vezes, com volume mínimo de leite, implicará na facilidade em manter a produção láctea posteriormente quando o RN for liberado para sucção em peito materno (PAIVA *et al.*, 2013).

O incentivo dos profissionais de saúde, principalmente pela equipe de enfermagem quanto à ordenha do leite, desperta na mãe a possibilidade de participar do processo terapêutico e ofertar algo que é seu, esse ato aproxima a mãe do RN e oportuniza se julgarem menos excluídas do cuidado ao seu filho (RODRIGUES *et al.*, 2013).

Antes da idealização do MC, os serviços de neonatologia mantinham os pré-terms em incubadoras até atingirem o peso ideal para alta, e esta prática muitas vezes desestimulava as mães para a manutenção do aleitamento materno, devido a complexidade de retirada do RN da incubadora (CONDE-AGUDELO; DIAZ-ROSSELLO; BELIZAN, 2007). Com a implantação do MC uma das diretrizes norteadoras é o reforço do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês da criança. Acredita-se que para o alcance desta meta é fundamental um processo permanente de orientação da equipe de enfermagem com ênfase nos benefícios do leite materno, no incentivo à ordenha, e na oferta do leite cru, como foi verificado no DSC.

Com o MC, a mãe participa ativamente dos cuidados com o seu filho, estabelece os laços afetivos, e a presença da mãe na UTIN, facilita o início da estimulação do aleitamento materno e a manutenção do aleitamento exclusivo após a alta hospitalar (BRASIL, 2011a). Segundo Lamy filho *et al.* (2008) a manutenção do aleitamento materno exclusivo do RNPT na alta hospitalar foi muito superior cujos RN foram assistidos pelo MC (69,2%), apresentando uma queda significativa (23,8%) em relação aos que receberam cuidados convencionais.

Foi apontado no DSC que a proximidade do RN junto ao peito materno proporcionado pelo contato pele a pele, estimula o cérebro para a 'descida' do leite e o bebê na procura pela sucção ao peito. Neste sentido, Auler e Delpino (2008) afirmam que o RN quando estimulado precocemente desde a sucção não nutritiva, incentivado pelo MC, tem a função de fazer com que os estímulos neurológicos e motores evoluam mais rapidamente, favorecendo ao RN que possa sugar ao peito materno precocemente.

Amamentar um RNPT e/ou BP requer muito esforço, dedicação e paciência materna, bem como apoio dos profissionais de saúde e da família. Observa-se que a

equipe de enfermagem tem papel fundamental nas orientações e no incentivo ao aleitamento materno para que a mãe obtenha êxito nesse processo difícil. As orientações devem ser claras, didáticas e fundamentadas no saber científico.

DSC1- Categoria F: Incentivo dos Pais no Cuidado

“Orientar os familiares ter contato como o bebê o mais rápido possível, mesmo os bebês graves. Promover a interação mãe/pai/bebê e trazer eles para o cuidado do bebê prematuro. Sempre peço para a mãe colocar a mão, e não ficar esfregando... Estimular sempre a mãe a fazer os cuidados, ensinar a mãe a trocar a fralda, a verificar a temperatura, a conversar com o bebê, porque já conversava com ele na barriga, para mim as crianças reconhecem as vozes... Mostrar os equipamentos que estão na criança para a mãe se sentir segura e não ficar assustada como os alarmes. Explicar que nem sempre quando os alarmes disparam é alguma coisa com o bebê, mas pode ser mau contato do sensor, elas ficam muito assustadas, tem muitas que não querem nem chegar perto. Às vezes ela tem vontade de fazer os cuidados com o bebê, mas tem medo... Mesmo que ela se sinta insegura, eu insisto. Essa semana a mãe ficou surpresa quando eu perguntei você já trocou o seu bebê? Ela respondeu que não. Aí eu falei: - Ah! Então você vai trocar! Ela disse: Será? Ela fez tudo bem direitinho, super 10. Temos que passar segurança para a mãe para que ela aprenda a fazer os cuidados, isso é muito válido! Se você ensinar direitinho elas aprendem... Temos que apoiar a mãe cuidar do bebê, mas sempre supervisionar. Para mim o MC é isso: atenção, cuidado, perder o medo e segurança para os pais cuidarem dos seus filhos”.

A aproximação precoce ao filho internado, ou seja, o estímulo ao toque tão logo seja possível, com posterior inserção dos pais na prática do cuidado foi associada ao MC, e lembrada por 10 participantes da pesquisa, apresentando força de compartilhamento de 7,8%.

O DSC revela a importância atribuída pela equipe de enfermagem na aproximação precoce dos pais ao filho internado, visando à construção dos laços afetivos, para na sequência inseri-los nos cuidados básicos de higiene, aferição de temperatura, estímulo ao aleitamento materno, etc.

Estes cuidados realizados pelos pais na UTIN, além de aumentar o vínculo entre a díade, aumentam segurança materna pra o momento da alta hospitalar e para os cuidados domiciliares, diminuindo assim as reinternações.

Igualmente aos achados neste estudo, Silva, Barros e Nascimento (2014) afirmam que a equipe de enfermagem considera a inserção dos pais no cuidado, uma estratégia para humanizar a prática de cuidados na UTIN, e atribuem ao MC a participação ativa da família.

Estes achados corroboram com Hennig, Gomes e Gianini (2006), que apontam o MC efetivo na estratégia de humanização, a partir da participação dos pais na dinâmica de cuidado, e como resultante desta intervenção, observaram resultados positivos no desenvolvimento global dos bebês..

Para o sucesso da interação enfermagem/ familiares, Lucas, *et al.* (2009), apontam a comunicação eficaz como fator determinante para o estabelecimento das relações positivas, e para o início do processo de educação em saúde. Esta estratégia de cuidado proposta pelo MC aproxima a família durante o processo terapêutico, e resgata no Enfermeiro o papel de educador.

Finalizando a pergunta sobre conhecimento da equipe de enfermagem sobre as ações que envolvem o MC, emergiram dois discursos onde os entrevistados não souberam relatar nenhuma ação sobre o MC. Verificou-se no presente estudo um grande conhecimento da equipe de enfermagem sobre as ações que envolvem o MC, visto a complexidade do método na concepção brasileira.

A seguir (GRAFICO 1) serão apresentados os resultados da pergunta 2, referente aos cuidados preconizados pelo MC que são desenvolvidos pelas entrevistadas nas rotinas diárias de trabalho.

Pergunta 2- Você pode me apontar na lista abaixo quais os cuidados que você presta ao RNPT e/ou BP (APÊNDICE 4).

Na sequência do instrumento semi-estruturado utilizado nas entrevistas a Pergunta 2, foi estruturada para verificar quais os cuidados relativos ao MC que são de fato realizados. Nesta questão o entrevistado foi estimulado a refletir e posteriormente assinalar com um 'X' as ações que envolvem o Método Canguru, e são desempenhadas em suas rotinas diárias de trabalho, como também, verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre os critérios de elegibilidade na 2ª e 3ª etapas do MC, pois essas questões de respostas assertivas e pontuais, mostraram-se essenciais para elaboração do material das entrevistas a ser levados à discussão em oficinas educativas, na Fase II desta pesquisa.

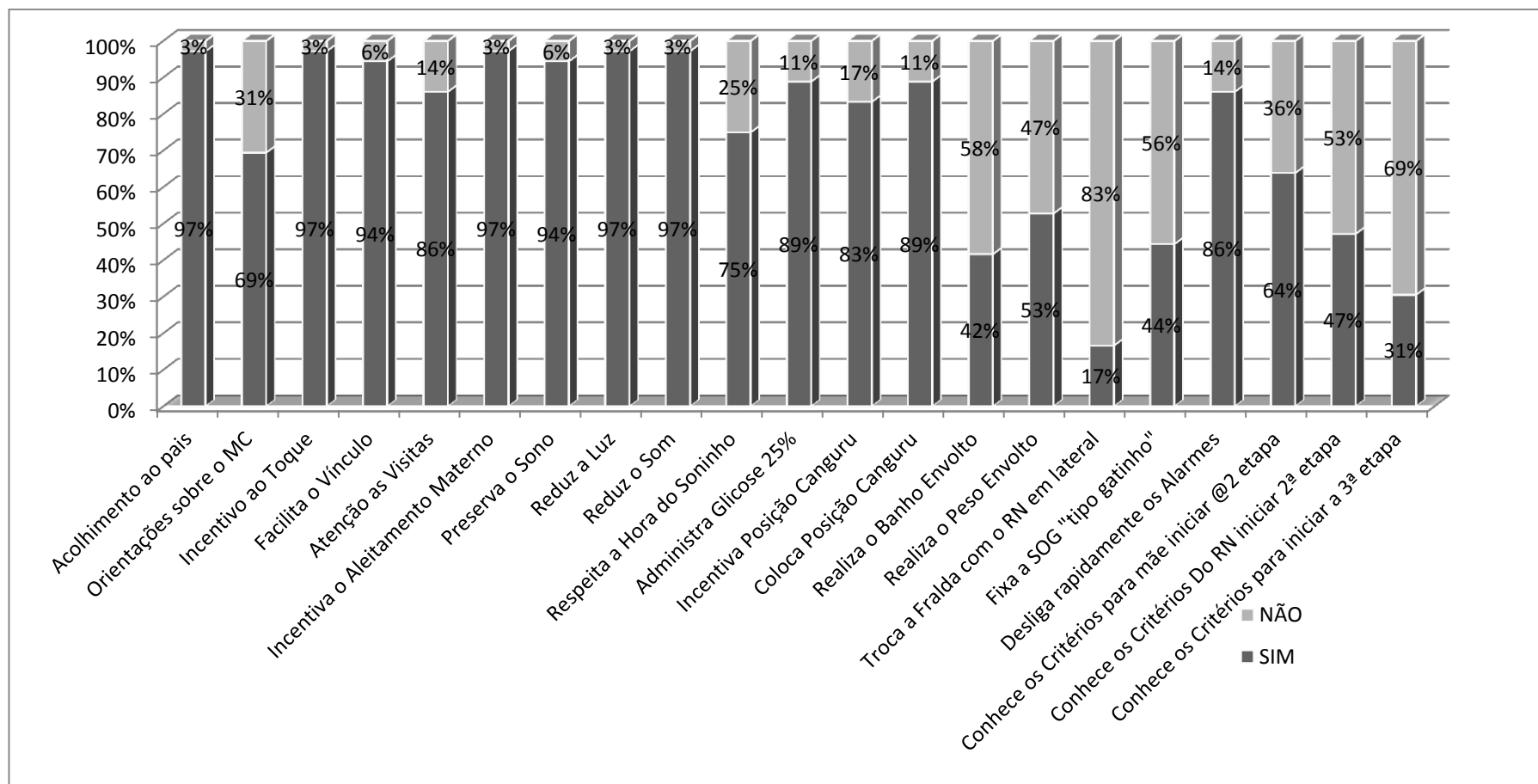


GRÁFICO 1- AÇÕES PRECONIZADAS PELO MÉTODO CANGURU E APLICABILIDADE NA PRÁTICA
 FONTE: A autora (2014)

Importante ressaltar que para esta pergunta não havia as opções de marcação de: “às vezes”, “sempre” ou “nunca”, portanto, foram consideradas como respostas positivas, aquelas cujas ações eram realizadas com uma frequência de pelo menos 50%. Esta situação emergiu de alguns dos respondentes que referiram nem sempre realizar todas as ações eleitas, gerando a necessidade de revisão do formato de análise da pergunta pela pesquisadora.

Diante da leitura das opções para assinalar, alguns entrevistados relataram que tiveram a oportunidade de lembrar várias ações das quais não responderam na primeira pergunta, e que pela rotina do dia-a-dia não relacionavam diretamente tal cuidado à prática Canguru, estas falas, reforçaram a pertinência do formato estruturado desta pergunta.

A resposta à pergunta 2 confirma que apesar do incentivo ao aleitamento materno ter pouca força de compartilhamento na resposta à pergunta 1, e não ter sido relacionada ao MC, sua prática mostrou-se bastante forte. Enquanto foi lembrada por apenas 11 participantes na primeira pergunta, apresentou maior percentual (97%), dentre os cuidados realizados pela equipe de enfermagem da UTIN, igualmente ao acolhimento e incentivo ao toque e redução de luz.

O incentivo e orientações sobre aleitamento materno é uma prática desenvolvida rotineiramente em UTIN, principalmente aquelas cujo hospital ou maternidade faz parte da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (MAGALHÃES; RODRIGUES, 2014).

Atualmente mais de 20 mil hospitais são credenciados com o IHAC, no Brasil somavam 335 até o ano de 2010 (UNICEF, 2010). Estudo realizado por Lopes et al. (2013) em avaliação aos 10 passos para o aleitamento materno verificou que os profissionais de saúde em especial a equipe de Enfermagem, incentiva, orienta e ensina as mães sobre a ordenha do leite e aleitamento materno, com índices acima de 80%.

No cenário deste estudo, quando as orientações não são repassadas as mães pelos próprios profissionais da UTIN, as mesmas são encaminhadas rotineiramente para avaliação das mamas e orientações especializadas dos profissionais do banco de leite humano. Estes achados corroboram com Maroja, Silva e Carvalho (2014) onde apontam que os profissionais da enfermagem preocupam-se mais em orientar a técnica do aleitamento materno e em menor

cuidado com medidas pró-amamentação, repassando este cuidado ao setor de banco de leite.

Ainda correlacionando o conhecimento expresso na primeira pergunta com a realidade prática, pode-se perceber uma equipe de enfermagem comprometida com a inserção da família na UTIN, uma vez que, a maior associação do MC foi com a importância do acolhimento aos pais, incentivo ao toque (pergunta 1), traduzida nesta questão com 97% dos participantes que desenvolvem estes cuidados.

Com estas medidas de inserção familiar, promoção da visita dos avós, dos irmãos, e de outras pessoas eleitas da família, promove-se uma aproximação de todos os membros, inicia-se um processo de vínculo entre a díade (mãe/RN), ou tríade (mãe/pai/RN), e se estabelece redes de apoio social para transpor este momento de internação de um filho com maior segurança.

Embora os profissionais apresentem grande conhecimento sobre o MC, apontem a importância da presença dos pais junto aos seus filhos, incentivam o toque e a inserção dos cuidados, quando questionados se realizavam orientações sobre o MC, 31% apontaram que não realizam orientações sobre o MC, somente as orientações sobre as rotinas da unidade.

Acredita-se que as orientações sobre o MC estão incorporadas nas rotinas da unidade. O fato de as entrevistadas não relataram realizar orientações específicas sobre o método, pode estar relacionado a percepção de não necessidade dessa orientação, devido ter acontecido na primeira visita dos pais na UTIN, por parte das enfermeiras e dos médicos que realizam o acolhimento, orientam sobre as rotinas da unidade e apresentam o MC como metodologia de trabalho.

Dentre os pilares do MC, o controle ambiental foi o que teve maior compartilhamento de ideias na área do conhecimento. Quando questionados se realizavam cuidados para minimizar os efeitos estressores produzidos pelos ruídos e luminosidades da UTIN, verificou-se que 97% dos entrevistados preocupam-se em diminuir as luzes e ruídos, entendidos como prejudiciais ao conforto do RN, embora, refiram que muitas vezes devido à dinâmica da UTIN, a quantidade de procedimentos e intercorrências, este cuidado torna-se falho.

Nos horários do soninho, períodos estes que não são realizados procedimentos na tentativa de preservar o sono e repouso do RN, muitos profissionais (75%) relataram que procuram respeitar este momento, porém acenam

que os próprios colegas de sala ou de outras categorias profissionais apresentam baixa adesão a este cuidado.

É consenso entre diversos autores desse assunto que o nível de ruído nas UTIN mundialmente, embora verifique todos os esforços dos profissionais em minimiza-los, continua acima do recomendado (CORREIA; MENDONÇA; SOUZA, 2014; WANG *et al.* 2014; FORTES-GARRIDO *et al.*, 2014) Sinaliza a urgência em realizar ações educativas entre todos os envolvidos para uma melhora ainda maior nos níveis sonoros em UTIN.

Mudanças em UTIN são necessárias quando se intenta minimizar os efeitos estressores e prejudiciais ao RN, para tanto, a equipe de enfermagem deve estar preparada para reconhecer os sinais de desorganização do RN. Esta desorganização normalmente atribui-se aos estímulos ambientais e de super estimulação, que podem ser revertidos utilizando *Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP). O NIDCAP engloba ações de redução de ruídos, luminosidade, manuseio entre outras, além de propiciar períodos de descanso e com isso diminuir o estresse do ambiente (GASPARDO; MARTINEZ; LINHARES, 2010).

Nascimento *et al.* (2013) em estudo realizado em UTIN de Minas Gerais, afirmam que os profissionais de enfermagem reconhecem os estímulos ambientais como maiores estressores e motivo de desorganização dos RN, e que utilizam de mecanismos para minimizar esses efeitos.

Outra medida que proporciona o conforto e a organização do RN é a colocação do RN em posição canguru. Nesta pesquisa 83% dos respondentes afirmam que incentivam e colocam o RN em posição canguru. Neste caso não foi avaliado a periodicidade do incentivo à posição, como também a aceitação por parte materna.

Em um estudo realizado no Distrito Federal com objetivo de descrever a prática da posição canguru, verificou-se que a posição ainda é bastante falha na primeira etapa, muitas vezes por fatores de medo e insegurança materna, ou pouco incentivo da equipe de enfermagem, conseqüentemente, na 2ª etapa nesse mesmo estudo verificou-se pouco aumento da prática da posição.

Contrapondo esses achados constatou-se em pesquisa realizada em sete hospitais públicos de Salvador onde quatro implantaram o MC, a posição canguru

aparece como ação mais incentivada pelos profissionais de saúde, principalmente na 2ª etapa do MC (SILVA; TOMÉ; ABREU, 2011).

Outros cuidados como o banho, peso, higiene e troca de fralda, que fazem parte da rotina diária de qualquer UTIN, dispendem grandes esforços do RNPT e/ou BP, mas com o MC devem proporcionar conforto, organização, segurança, e principalmente redução das complicações clínicas decorrentes desses procedimentos (BRASIL, 2014b). As entrevistadas foram questionadas se realizavam estas ações como preconiza o MC, de forma a respeitar as individualidades, procurando executar o cuidado de forma delicada e preservando os momentos de sono e repouso dos RN.

Em relação à aferição do peso e execução do banho dos RN, foi questionado se realizavam este cuidado utilizando o envolvimento em cueiros, para proporcionar mais segurança e evitar as perdas insensíveis de calor, conforme recomendado pelo MC.

O banho como rotina na unidade, durante o período de coleta de dados, era realizado no horário matutino e não estavam sendo respeitados os intervalos semanais. Concomitante ao período da coleta de dados estava sendo realizadas, com as servidoras do diurno, treinamentos pelas enfermeiras da unidade, para adequação da rotina de banho e peso do RN, com vistas à certificação, e não relacionadas a esta pesquisa. Portanto, foram consideradas as respostas somente dos turnos manhã e tarde, pois somente este grupo é que assinalou a opção do banho envolto, reitera-se que o turno da noite não realiza este procedimento.

Dentre as participantes, 42% afirmaram realizar o banho envolto em cueiros, e 53% relataram pesar o RN protegido em panos. Cabe ressaltar, das respostas afirmativas, somente uma participante relatou que já executava esses cuidados conforme os preceitos do MC, enquanto, as demais referiram que iniciaram a realização desse procedimento mantendo esse cuidado de envolvimento somente após os treinamentos.

Quanto à higiene e troca de fraldas, foi perguntado se realizavam a troca de fralda em decúbito lateral, evitando a elevação dos MMII, o que pode acarretar aumento da pressão abdominal e refluxo gastresofágico com risco à bronco aspiração.

Observou-se que 83% afirmaram não realizar a troca de fralda em decúbito lateral, grande parte das entrevistadas relataram que desconheciam a necessidade

e importância desse cuidado, e que nunca viram no local do estudo, alguém realizar a técnica conforme preconiza o MC. Outras entrevistadas, porém, mencionaram ter ouvido falar sobre esse cuidado durante o curso do MC, mas que não realizavam pelo ato mecânico de elevar as pernas e realizar a higiene.

Mediante as repostas à pergunta 2, relativa à troca de fraldas, evidenciou-se que a troca de fraldas em decúbito lateralizado ainda demonstra baixa adesão, apenas 17% dos entrevistados dizem fazê-la. Neste aspecto, permite-se refletir com mais profundidade na realização de um cuidado mecânico, que pode ter sido normatizado como rotina da UTIN, sem avaliação das necessidades e individualidades do RN, não priorizando o manuseio mínimo, com a troca de fralda realizada como rotina de 3/3h, independente do estado de sono, do peso do RN, da frequência miccional, dentre outros aspectos. A análise dos resultados da pergunta 2 compartilhado com a reflexão proposta pode sinalizar significativamente para a necessidade de uma nova sensibilização da equipe, fundamentando a importância de cada ação do cuidado humanizado ao RNPT e/ou BP, que poderá ser realizada com a aplicação prática dos algoritmos.

Finalizando as ações de cuidado verificou-se que a adesão à fixação da SOG “tipo gatinho”, apresentou-se baixa, totalizando 44% das servidoras que realizam este cuidado conforme orienta o MC.

Intentou-se ainda nessa pergunta avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre os critérios para a mãe e o RN iniciarem a segunda etapa do MC, bem como, os critérios de alta do RN para o seguimento ambulatorial. Verificou-se um baixo conhecimento das elegibilidades para mãe e RN participarem da UCINCa por parte das participantes.

Esse resultado pode ser atribuído ao fato que a característica de internamentos na UTIN decorrentes pouco mais de um ano, passou de RNPT e/ou BP para um grande número de RN cirúrgicos/ crônicos com peso superior a 2500g. E que devido à cronicidade dos RN, as mães juntamente com seus lactentes foram transferidas para UCINCa em estágios de pré-alta, como forma de qualificação materna para o cuidado domiciliar. Várias das participantes disseram não lembrar os critérios para a segunda etapa do MC, pois haviam realizado o curso do MC há mais de dois anos, e que normalmente as Enfermeiras são responsáveis por eleger as mães e seus RN.

Achados semelhantes foram encontrados nos estudos de Silva, Barros e Nascimento (2014), cujo objetivo era identificar o conhecimento dos técnicos de enfermagem sobre a aplicação do MC e analisar sua importância na assistência na UTIN. Verificaram que a equipe apresentava conhecimento sobre o MC, todavia, encontravam dificuldades em identificar as etapas do MC no cotidiano de trabalho.

Nota-se nas falas que existe compreensão dos benefícios do MC amplamente dentre as categorias profissionais, porém o mecanicismo imposto por décadas em UTIN refletem na lentidão de mudanças nos processos de trabalho.

De acordo com Henning, Gomes e Gianini (2006) verifica-se uma lacuna entre o conhecimento adquirido pelos profissionais em cursos de capacitação/sensibilização do MC, e a aplicabilidade prática dessas ações. O grau de compromisso de cada profissional perpassa o processo de significação que cada um traz de suas histórias de vida, do sentimento de responsabilização pelo outro, do momento vivencial do encontro. Dessa forma cada profissional constrói sua forma de agir e assumem diferentes formas de compromissos (TRAVERSSO-YÉPEZ, 2007).

Frente ao conhecimento expresso pelos participantes, e o confronto entre o saber teórico e a execução prática dessas ações, procurou-se conhecer a significância dos cuidados humanizados realizados por estas profissionais direcionadas ao RNPT e/ou BP.

PERGUNTA 3 – Em sua opinião, qual é a importância desses cuidados humanizados propostos pelo Método Canguru para o RNPT e/ou BP.

Nessa pergunta a entrevistada era solicitada a falar sobre qual significado atribui ao cuidado preconizado pelo MC com o RNPT e/ou BP. Intentou-se identificar o grau conhecimento e execução, por parte do profissional de enfermagem, do cuidado humanizado e seus efeitos promotores para o desenvolvimento infantil das crianças assistidas na UTIN.

Nesta questão, após diversas leituras e análise das respostas com o auxílio do Qualiquantisoft® elegeram-se 86 ECH, das quais se identificou por critérios de inclusão, as IC (QUADRO 6), e com o agrupamento de expressões semelhantes foram originadas cinco categorias para a elaboração dos DSC.

Categoria	Ideias Centrais
- Favorece o crescimento e desenvolvimento do RN	- reduz riscos para o bebê; - reduz danos cerebrais; - ganho de peso mais rápido;
- Favorece vínculo RN/família	- promove conforto emocional; - parceria dos pais no cuidado; - acolhimento familiar; - aproximação física entre pais e RN (toque); - adaptação do RN com a mãe;
- Propicia conforto ao RN	- conforto ao RN; - proteção/segurança ao RN; - estabilização do RN; - respeito na individualização do cuidado
- Reduz o tempo de internação	- Diminui o risco de infecção; - RN responde melhor ao tratamento; - Melhora na recuperação; - Recuperação mais rápida
- Favorece segurança aos pais e ao bebê	- segurança dos pais para a alta; - aprendizados dos pais no cuidado ao RNPT.

QUADRO 6 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO EM CADA CATEGORIA - PERGUNTA 3

FONTE: A autora (2014)

Nota-se que o significado principal atribuído por estas profissionais aos cuidados preconizados pelo MC, refere-se ao *crescimento e desenvolvimento* do RN, com força de compartilhamento de 33,8%. Com menor força de compartilhamento, mas não menos importantes, encontram-se as categorias, *reduz tempo de internação* e *promove segurança para os pais e para o bebê*, com 14,0% cada uma (TABELA 3).

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO (n e %) DA CATEGORIZAÇÃO DO DSC EM RELAÇÃO À PERGUNTA 3*. UTIN/HC/UFPR, CURITIBA, PARANÁ, 2014.

CATEGORIAS		n	%
A	Favorece o crescimento/desenvolvimento RN	29	33,8
B	Favorece o vínculo RN/família	19	22,0
C	Propicia o conforto do RN	14	16,2
D	Reduz o tempo de internação	12	14,0
E	Segurança para os pais/bebê	12	14,0
Total de Respostas		86	100,0

FONTE: Qualiquantisoft®, 2014

NOTAS:*Em sua opinião, qual é a importância desses cuidados humanizados propostos. pelo Método Canguru para o RNPT e/ou BP.

A seguir são apresentados os DSC construídos com a fala dos participantes nas cinco categorias emergentes do substrato discursivo da pergunta 3, sobre a importância do MC ao RNPT e/ou BP.

DSC3 – Categoria A: Favorece o Crescimento e Desenvolvimento do RN

“Ah! Toda importância... Está relacionado ao desenvolvimento. Para ele se desenvolver melhor, crescer... O desenvolvimento dele num modo global tanto de peso, desenvolvimento corporal como mental e afetivo. Se você fizer tudo o que tem aí... Isso aí é um protocolo, deveria ser seguido por todos os hospitais que tem bebezinho prematuro. Porque você sabe, né? Eles não estão totalmente formados... Em fase de formação ainda... E a parte cerebral é muito minuciosa... Vai se desenvolvendo a cada dia. E conforme o bebê vai passando... Isso vai interferir no crescimento e desenvolvimento dele lá... Quando estiver na sua infância, em fase escolar... Eu tive um filho e ficou três dias na UTI, precisou de oxigênio esses três dias... Ele tem dificuldade no aprendizado, por essa experiência eu fico pensando assim... Só por ter recebido oxigênio, imagina se ele tivesse passado por todo estresse que a gente vê que esses bebezinhos passam? Nossa! Quanto menos a criança é estressada com barulho, com som, com luz... Se eu cuido que não falte oxigênio para o bebê, isso vai evitar que a criança faça uma hemorragia cerebral, uma lesão, e que mais tarde venha ocasionar problemas da prematuridade. Quanto mais cuidados a gente proporcionar para criança, melhor vai ser para ele lá na frente. Eu acho que todos (cuidados) são válidos... Porque se ele estiver confortável, seguro, ele vai ter esse período mais saudável, consegue se desenvolver melhor isso é o mais importante! Como ele veio antes, é um bebê prematuro, ele já tem um retardo de desenvolvimento, e se você não estimular desde pequenininho, lá na frente vai faltar isso para ele, todos são importantes para o bebê, para a família, e para nós mesmos... Porque a gente está fazendo com que seja um trabalho com excelência, um trabalho que vai ser bom para o bebê... Então, tudo o que está aqui eu acho fantástico e deve ser usado. Se tiver que fazer certinho como manda 100%, é tudo de bom... Ele precisa de tudo isso para ir para casa... A família levar a criança bem para casa, não tem nada que pague! Às vezes a criança fica aí, e tem que levar para casa cheia de problemas... Tem que ficar voltando toda hora... Pense a situação? E tem mãe que não tem nem como... Então, isso é importante para o bebê ficar bem, sem lesão, sem sequelas, não ter nenhum problema, para que não tenha traumas, as condições de vida para a criança sair normal. Ah! Eu acho que a importância é total para o desenvolvimento do bebê, é imprescindível todos esses cuidados com o bebê prematuro, para prevenir algumas doenças, alguns déficits dessa fase do recém-nascido,

são sequelas que você diminui o risco de fazer uma hemorragia cerebral, ou de ter uma criança com hipóxia, acho que é isso... Vai ter menos deficiência, um desenvolvimento mais rápido, bem dizer uma qualidade de vida melhor, que vai refletir lá na frente! Num segundo momento a importância principalmente da posição canguru... Depois do curso, saber que a posição, quando o bebê está no contato pele a pele com a mãe, ajuda na organização dos neurônios... Basta, para eu entender que isso é extremamente importante, me dá uma justificativa... E é o que basta para eu incentivar a mudança, colocar pele a pele. Organiza a respiração, o cérebro, todas as atividades para que o bebê possa desenvolver melhor fora da barriga, mesmo que às vezes a gente não veja o benefício imediato como foi falado no curso, mas vai ter um benefício lá na frente, na fala, no andar, no segurar objeto, então tudo isso vai ser melhor para ele lá, então tem até que justificar com a mãe, "mãe você não vai ver o benefício agora, mas o benefício vai ter mais tarde", tem que mostrar para ela que agora quase ela não vê, mas enfim, eu vejo com muita importância... É tudo que a criança precisa para se desenvolver... Tem que ser contínuo... Que estar revendo... Não só quando vem fiscalização! O conjunto da obra toda é voltado para o desenvolvimento do bebê, o desenvolvimento cerebral, psicomotor, emocional, físico e psicossocial e afetivo... Eles são uns passarinhos em nossas mãos... Então, eles têm que ser protegidos, porque estão em desenvolvimento cerebral ainda... Para proteger ele de danos... Evitando sequela, para depois as mães trazerem na puericultura e ver ele ganha peso mais rápido, ver que ele está engordando, amamentando... Isso vai repercutir na vida dele! Tanto que aqueles que vêm aqui no retorno são todos amorosos! Sei lá se fica alguma lembrança, mas eles não fogem da gente! Acho que tem muita importância, né? Porque você veja bem... Um bebê prematuro... Essas ações refletem para a cabecinha do bebê, o futuro, e a vidinha dele mais tarde!

Diante do DSC verificou-se uma acentuada preocupação com o crescimento e desenvolvimento do RNPT e/ou BP. Esta preocupação é relevante, pois esta condição de nascimento retrata elevado risco para diferentes agravos e sequelas, com prejuízos no processo de desenvolvimento e crescimento infantil (RAMOS; CUMAN, 2009).

Resultado similar encontrado na literatura, também aponta que a relevância para a aplicação do MC na UTIN, na percepção da equipe de enfermagem de nível técnico, está diretamente relacionada ao crescimento e desenvolvimento da criança (SILVA; BARROS; NASCIMENTO, 2014).

Verifica-se que a importância atribuída por esta equipe ao MC retrata um cuidado humanizado na perspectiva de preservar o RN dos efeitos danosos do nascer prematuramente. Prevê favorecer o desenvolvimento que deveria se dar intra-útero, mas o faz com continuidade auxiliada por um aparato tecnológico de UTIN, e com excesso de estímulos, cenário que pode acarretar em prejuízos para o desenvolvimento infantil futuro do RN.

A preocupação com o desenvolvimento do RNPT e/ou BP é crescente dentre os envolvidos nesse processo, tendo em vista que o avanço tecnológico alcançado nos últimos anos possibilitou a sobrevivência especialmente dos RN de extremo baixo peso (menores de 1000g) (CUSTÓDIO; CREPALDI; LINHARES, 2014). No entanto, paradoxalmente o ambiente onde o RN irá continuar seu desenvolvimento (UTIN), revela-se antagônico as necessidades para um bom desenvolvimento. Neste

sentido, torna-se um desafio oferecer uma boa qualidade de vida ao longo do desenvolvimento infantil, pois esta condição de nascimento oferece alto índice de morbimortalidade (OLISCHAR, *et al.*, 2013).

Estudos revelam que o ambiente com excesso de estímulos, como a UTIN, pode comprometer o desenvolvimento dos RN (WEICH, *et al.*, 2011; CARDOSO, CHAVES; BEZERRA, 2010). A exposição contínua aos mesmos pode causar, dentre outros sinais e sintomas, alteração do padrão de sono, apneia, irritabilidade, crises de choro, refletindo no ganho de peso e desenvolvimento em geral. Além desses complicadores, pode ocorrer a liberação do hormônio adrenocorticotrófico, que deflagra uma reação em cadeia: aumento da adrenalina, elevação da frequência cardíaca, vasodilatação sistêmica, aumento de consumo de oxigênio, aumento da pressão sanguínea e intracraniana, quadro que predispõe a hemorragia cerebral (MARQUES; MELO, 2011).

Constata-se que a equipe de enfermagem do estudo apresenta um importante conhecimento sobre os cuidados ao RNPT, e pode-se perceber uma corresponsabilidade pela qualidade de vida futura dessas crianças. Acreditam que o reflexo dos cuidados prestados ao RNPT e/ou BP durante o internamento na UTIN, na qual o desenvolvimento dos órgãos está em processo de maturação, serão observados futuramente no desenvolvimento dos mesmos.

Vale ressaltar que a maturação de diversos órgãos do feto ocorre no último trimestre de gestação, período em que o Sistema Nervoso Central inicia seu processo de maturação na gestação, seja ele prematuro ou nascido a termo, e finaliza-se ao término do primeiro ano de vida (BRASIL, 2011a; CORREIA; MENDONÇA; SOUZA, 2014).

Diante do exposto torna-se imprescindível à equipe de saúde, em especial a enfermagem, conhecer as singularidades do RNPT e/ou BP para o planejamento e execução de suas ações, vislumbrando um cuidado voltado ao desenvolvimento que minimize os riscos de sequelas.

Outra revelação que o DSC traz é a aceitação, por parte das profissionais de enfermagem, que em uso do MC os riscos de sequelas inerentes ao nascimento sob estas condições, são minimizados, e quanto maior for o cuidado na fase neonatal e pós-neonatal, fase em que o sistema nervoso permanece em desenvolvimento, menor serão os déficits no futuro.

Achado semelhante foi encontrado no estudo de Moreira, Magalhães e Alves (2014). Os autores sinalizam que quanto mais cedo os RNPT forem estimulados durante o cuidado neonatal, melhores serão as repostas do desenvolvimento, e consequentemente menores serão as sequelas.

O RNPT e/ou BP apresenta, vulnerabilidade para diversos indicadores de desenvolvimento. Dentre as sequelas mais prevalentes encontra-se o déficit cognitivo (JOHNSONS *et al.*, 2009). Estudo realizado com o objetivo de avaliar o desenvolvimento cognitivo de pré-termos evidenciou que independente de imagens com alterações cerebrais, essas crianças apresentaram comprometimentos nas habilidades de vocabulário, exercícios gramaticais e resoluções matemáticas simples (GUARANI *et al.*, 2009). MU, *et al.* (2008) verificaram que RN nascidos com idade gestacional mais baixa, apresentaram significativa redução de coeficiente de inteligência.

Estes achados corroboram com Gray, O'Callaghan e Rogers (2004), que elucidaram que os RN muito baixo peso ao nascer submetidos ao uso de oxigênio e VM na UTIN, com evolução para doença broncodisplásica, apresentaram déficit de inteligência, dificuldade gramatical e em leitura, quando comparados aos mesmos RN pré-termos de muito baixo peso ao nascer, sem bronco displasia pulmonar.

Outra vulnerabilidade encontrada nos pré-termos relaciona-se ao desenvolvimento motor (MOREIRA; MAGALHÃES; ALVES, 2014). Guimarães *et al.* (2011), em estudo comparativo entre RN a termo e RNPT, com idades corrigidas, apontaram que a prematuridade desempenha influência negativa sobre o desempenho motor das crianças. Resultado semelhante foi encontrado por Araújo, Eickmann e Coutinho (2013) que assinalaram comprometimentos motores em uma escala entre limítrofes à graves, em crianças nascidas prematuras. Dentre os fatores associados apresentaram maior agravo motor aquelas crianças cujo período de internação foi prolongado, e que necessitaram de oxigenioterapia e VM prolongada.

Conclui-se mediante esses resultados a importância do cuidado de enfermagem frente RN com necessidade de suporte ventilatório, considerando que os quadros repetidos de hipóxia representam maiores indicadores de sequelas.

Outro agravante no desenvolvimento dos pré-termos refere-se ao desenvolvimento afetivo. A afetividade inicia-se nos primeiros momentos de vida, e o seu processo evolutivo é primordial para a estruturação das funções cerebrais. Os pais são elementos significativos para que esta estruturação aconteça. Na

ocorrência do internamento, os bebês são privados das construções iniciais dos laços afetivos, e esta separação pode provocar um distanciamento entre os pais e o bebê acarretando consequências desastrosas para o desenvolvimento global do RN.

Estudo dinamarquês que teve o intuito de verificar a relação entre o nascer prematuro, e o risco de desenvolvimento de transtorno afetivo, revelou que esta população apresentou elevados índices de depressão e esquizofrenia (LARSEN *et al.*, 2010).

Os laços afetivos são iniciados através dos estímulos, nesse aspecto a equipe de enfermagem encontra-se como mediadora para que as primeiras interações RN/equipe, RN/pais, RN/família estabeleçam-se. Dessa forma, é importante a visão e a percepção do cuidador profissional na condução dos pais ao primeiro toque em seus filhos, um movimento de transposição da barreira física imposta pela incubadora, do medo, da insegurança, e consequente estabelecimento de contatos necessários para a formação de vínculos.

Como evidenciado pelas falas, existe a percepção e o comprometimento com o desenvolvimento, reconhecendo que o RN prematuro *veio antes do tempo*, antes de seu pleno amadurecimento intra-útero. Assim, respeitando as singularidades do RN, o profissional de enfermagem deve permanecer sempre atento para os momentos nos quais o RN se mostra pronto para interagir, pois quando os RN não são estimulados físicos e mentalmente, poderão apresentar anomalias em seu desenvolvimento (BALBINO *et al.*, 2012).

Sob esta ótica, o MC apresenta mecanismos protetivos para diminuir esses atrasos no desenvolvimento através de estímulos precoces, seja com o toque, no contato pele a pele, na inserção dos pais no cuidado, no incentivo ao aleitamento materno, à sucção não nutritiva precoce, dentre outros.

Os benefícios do MC são amplamente pesquisados. Na Índia, com um estudo clínico randomizado, incluindo 500 díades, os RN foram avaliados ao nascimento, aos três meses, aos seis meses e aos 12 meses quanto: ao peso, estatura, perímetro cefálico, perímetro torácico e circunferência do braço. Os grupos foram divididos em cinco díades, onde os três RN, com menor peso, foram submetidos ao MC e os outros dois, com cuidado convencional. Todos os RN receberam aleitamento materno exclusivo. Os achados revelaram que os RN que receberam cuidado canguru alcançaram os RN do grupo controle com 40 semanas corrigidas, e

superaram o grupo controle no desenvolvimento e crescimento físico (BERA *et al.*, 2014).

Estudo de revisão de literatura, com o objetivo de avaliar o impacto do MC na aprendizagem, revelou que os RN participantes do MC apresentaram melhor desenvolvimento nos processos de aprendizagem, comparados aos RN que receberam cuidados convencionais (FRANCO; ALVES, 2014).

Primeiramente ressalta-se que as pesquisas são relevantes para a promoção da sensibilização ou ‘convencimento’ do profissional que ainda ‘desconfia’ do MC, pois podem estimular pequenas mudanças de atitudes no cuidado dispensado ao RNPT e/ou BP, que poderão interferir positivamente no desenvolvimento infantil.

Os resultados evidenciados no DSC podem ser utilizados como instrumentos para as mães no MC, mediante a fala emergente que esclarece sobre os benefícios durante e após o processo de hospitalização. Isto é, poderão ser observados de maneira mais próxima, por exemplo, o ganho de peso e alta antecipada, mas há benefícios que poderão ser identificados somente na idade escolar, mediante a ausência de déficits de aprendizado, de transtornos afetivos, ou dificuldades motoras, situações evidenciadas no DSC. Cada ação do MC sustenta-se em um benefício para o RN ou família, porém como o DSC veicula, o conjunto das ações está voltado para o bom desenvolvimento cerebral, físico, emocional, intelectual e social.

DSC3– Categoria B: Favorece o Vínculo RN/família

“A importância dos cuidados... ah! é principalmente para estabelecer a criação de vínculo/apego entre mãe/pai/filho. Melhor entrosamento da mãe com o bebê... Porque quando o bebê nasce e já vem para cá (UTIN) e não para o aconchego do seu lar, da sua mãe e de seu pai, já teve o ‘corte prematuro do vínculo’ dele com a mãe, e o internamento normalmente é bem longo. Às vezes foi uma gestação problemática, uma gestação muito curta... e a mãe que foi separada do filho tem que dormir em casa. A gente percebe que tem mãe que não tem vínculo com o bebê... Então, o pouco momento que ela estiver, se não tiver um incentivo nosso, do cuidado... do estar próximo... acho que a gente está correndo o risco de não formar o vínculo. Esse vínculo entre mãe e filho... isso é primordial! Vai incentivar o aleitamento materno! Na medida em que você vai vendo essa mãe, orientando, conversando... Tem que estimular incentivar a mãe, o pai a se aproximar e aprender a ter esse contato com o bebê no toque, no cheiro, na voz... Nesse primeiro momento o cuidado é desajeitado mesmo, é mais demorado, às vezes (a mãe) não faz tão agrupado, e a gente tem que ficar falando, cuidando. A criança recebe um monte de estímulos de fala, de toque, mas acho que nesse primeiro momento o importante é tentar que o neném também crie o vínculo com a mãe, para ele se adaptar... Ontem mesmo eu presenciei uma cena bem importante: A mãe do L. não tem vínculo com o bebê! Então a psicóloga chamou a mãe para começar a criar vínculo, e quando a mãe entrou na sala, eu falei: - Mãe vamos por no colo? Ela disse não agora não! Eu falei: Vamos pegar um pouquinho... Ele está tão lindo! Aí o pai disse: Então eu pego! E quando o pai disse “eu pego”, ela já se prontificou e ficou mais ou menos umas 6 horas como o bebê no colo. O MC faz uma aproximação... Aproxima a

mãe do filho, a família do filho... cria os laços familiares. Às vezes eu achava bem complicado vir outras pessoas, mas hoje eu vejo que isso não faz um bem para o bebê diretamente... talvez ele não sinta, mas a mãe e o pai sentem que tem outras pessoas... que estão ali juntos durante o internamento do bebê. É importante para que esse bebê se sinta acolhido... Para que a família se sinta acolhida e tranquila no cuidado desse RN. Para criança e para a mãe eu acho bem válido o MC... na proximidade dele (RN) com os pais, favorece a formação de vínculo mãe/filho/familiares mais rápido... Tem tanta coisa... Eu acho bem importante que ele vá criando vínculo aqui com a gente já que não vai ser em casa, né? Eu acho que é isso”.

Outra importância atribuída pelas participantes é referente à construção de vínculo, proporcionada pela metodologia canguru, entre os pais e o RN. O DSC revela que 51% das entrevistadas (19 expressões dentre 37 entrevistadas), proporção que gerou força de compartilhamento de 22,0% nesta categoria, acreditam que o MC é um facilitador para a formação de vínculo entre a díade.

Dentre os benefícios do MC, a formação de vínculo é defendida por praticamente todos os autores, e foi a partir dessa construção que o MC ganhou visibilidade mundial, destituindo preceitos iniciais da prática realizada apenas como substituta das incubadoras em países em desenvolvimento (ARIVABENE; TYRRELL, 2010).

A conformação estratégica do Programa MC no Brasil viabiliza a aproximação e participação familiar. Embora a permanência dos pais junto à criança hospitalizada seja um direito instituído mediante o Estatuto da Criança e Adolescente- ECA, (BRASIL, 1990), essa realidade começou a ser mais presente em alguns contextos, a partir da PNH (2003), mas, até hoje em alguns centros hospitalares, essa Lei ainda não está sendo cumprida.

A necessidade de formação de vínculo entre pais/RN é reconhecida em outros estudos, onde apontam que o longo período de internação, bem como a gravidade do RN pode prejudicar a formação dos laços afetivos (MOLINA *et al.*, 2009).

No cenário do estudo, o acesso livre dos pais é uma realidade há mais de uma década, e como verificada no DSC, a equipe de enfermagem reconhece a presença da família como necessidade primária para o estabelecimento de vínculo entre o RN e seus pais, e incentiva a participação dos mesmos no cuidado precoce ao seu filho como oportunidade para o início da construção do vínculo.

Faz-se importante ressaltar, no DSC, o papel da equipe de enfermagem como mediadora na construção do vínculo. Diante da negativa da mãe em realizar a posição canguru pela primeira vez com seu filho, depois de dias de hospitalização, a

profissional de enfermagem perceptiva à necessidade de construção de elos afetivos, não aceitou a resistência materna e, ao contrário, procurou exibir qualidades do neonato na tentativa de diminuir as barreiras de aproximação.

Resultado semelhante foi verificado com a equipe de enfermagem da UTIN de um hospital escola na cidade de São Paulo, que incentiva e reconhece positivamente a presença dos pais na UTIN, e avalia este momento como circunstancial para a formação de vínculo e apego (MEREGUI *et al.*, 2011).

A percepção atribuída pelas equipes de enfermagem, de artigos citados e da presente pesquisa, relativa à presença dos pais, não como expectadores do cuidado, mas como participantes do processo terapêutico, expressa um novo olhar para o cuidado em neonatologia. Este, não mais centralizado no RN, mas acolhendo a família que pode ser entendida como também adoecida, pelo impacto do evento, de maneira que o planejamento das ações do Enfermeiro contemple o contexto familiar.

A presença da família na UTIN, nem sempre se manifesta harmoniosa como aparece no DSC, às relações interpessoais entre família e equipe de saúde muitas vezes é permeada por conflitos e insatisfações de ambos os lados. Isso pode ser compreendido pelas representações sociais que cada ser humano, profissional e familiar constrói a partir do cuidado prestado e do cuidado recebido.

Os conflitos em UTIN, entre familiares e profissionais de saúde, é um fato frequente, uma vez que os sentimentos de medo, perda, e insegurança permeiam este momento da hospitalização. É importante que toda a equipe de saúde que trabalha com o trinômio, mãe/RN/família, esteja preparada para amenizar o sofrimento atribuído pela internação de um filho, por meio de um cuidado humano centrado no RN e família (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2012).

Percebeu-se com o DSC que as barreiras impostas pelo modelo tecnicista, biomédico e não alusivo à participação familiar, durante anos de prestação de cuidado em UTIN parece estar lentamente sendo substituído por um cuidado mais humano, com olhar não restrito ao RN hospitalizado, mas estendido ao núcleo familiar. Isso ficou evidente no DSC, quando a equipe compreende que a visita de outros membros da família talvez não tenha forte impacto de conforto sobre o RN, mas que este momento trará conforto emocional aos seus pais.

Esta necessidade também foi retratada em um estudo onde foram verificadas as percepções dos visitantes sobre a visita ao RN na UTIN. Os achados

reconheceram a importância da visita tanto para o RN, quanto para a mãe do RN, como promoção do tratamento e recuperação de ambos (CUNHA *et al.*, 2014).

DSC3 – Categoria C: Propicia Conforto ao RN

“Eu penso assim... humanização! Acho que entra quase tudo na humanização... O prematuro é uma criança que é muito manipulada... é picada, está num ambiente totalmente externo, fora de onde ele deveria estar... e o Método Canguru é como se colocasse ele artificialmente de volta no útero da mãe. Você está preservando o bebê para tudo! E reflete lá na frente... A gente observa que se tratar esse bebê com menos luz, ambiente tranquilo, menos barulho, preservar o sono, não colocar o bebê imediatamente dentro da bacia (banho), pesar o bebê enrolado, proporcionar conforto... o bebê fica menos estressado, mais tranquilo, ajuda a estabilizar a respiração dele e ele economiza energia, fica mais estável, ganha peso... A importância para o bebê desses cuidados é a pronta recuperação! Quando fazemos o horário do soninho, eu acho muito importante o silêncio na sala, que muitas vezes a gente não tem! Além do conforto que ele vai ter durante a estadia, eles ficam aconchegados, é o período que ele usa para se organizar... O sistema imunológico ou mesmo motor, melhora com isso porque o bebê se torna mais tranquilo. Quando está muito barulho, o bebê se mexe muito mais, fica bem mais estressado... Quando a sala está tranquila e calma os alarmes disparam bem menos e o bebê está tranquilo... Ele é um bebê que ficará internado uns três meses, você vai ver que futuramente ele vai ser uma criança menos irritada, uma criança que vai estar mais confortável. Eu acho que esses cuidados são importantes: se vai fazer punção ou outra coisa, cuidar para não manusear muito... eles ficam tão irritados! E se tiver falha em uma dessas situações, com certeza o bebê vai ter prejuízo em algum momento. Observando lugares em que o método não é realizado, ou até mesmo aqui quando o método não era realizado, a gente via o tamanho do estresse do bebê, o número de apneias, os banhos... Era um inferno! Agora você vê a tranquilidade do bebê, estabilização, o conforto. É um salva vida para o bebê! Você está deixando com que o bebê descansa e não está estressando. Depois assim, infelizmente a gente enquanto enfermagem tem os ‘ranços’ e no dia-a-dia é difícil esse conjunto todo sair na mais perfeita ordem, às vezes sai por etapas. Eu acho que não estou 100%, mas esse negócio de conforto do bebê me chama muito atenção. Então, são coisas que eu tomo muito cuidado... Eu estou tentando”.

Apresentando força de compartilhamento de 16,2% diante das 86 ECH emergentes dos discursos individuais, outra importante observação quanto aos cuidados do MC, na percepção das entrevistadas, refere-se ao conforto propiciado ao RN durante o processo de hospitalização.

As respondentes acreditam que todas as ações que diminuam o estresse e a dor do RN, e o mantenham mais tranquilo, refletirão em sua organização, e consequentemente, na recuperação e desenvolvimento futuro, atribuindo esses cuidados ao amplo processo de Humanização.

Pensamentos que vão ao encontro aos exibidos por Aquino e Christofeel (2010), estes afirmam que diante dos diversos procedimentos dolorosos e estressantes aos quais os RN são submetidos em uma UTIN, acabam por utilizar a energia que seria direcionada ao crescimento e desenvolvimento, na compensação dos sistemas então desorganizados.

Tamez e Silva (2009) acenam para a importância da prevenção das situações de *stress*, bem como a necessidade de reconhecer os sinais do *stress* do RN, pois a ocorrência repetitiva desta condição, afeta o desenvolvimento neurológico, comprometendo o crescimento e maturação cerebral.

Estudo realizado por Pereira *et al.* (2013), em UTIN de hospital universitário, no interior de São Paulo, com objetivo de registrar a quantidade de manipulações e procedimentos há 20 RNPT durante 24 horas, revelou que os RN foram manipulados em média 38 vezes ao dia, e submetidos a 67 procedimentos, número extremamente elevado para um RNPT.

Verifica-se que apesar dos esforços em procurar assistir os RN baseados no cuidado desenvolvimental, percebe-se através de estudos que as manipulações aos RN em UTIN permanecem excessivas, e que, essa realidade encontra-se distante do esperado (PEREIRA *et al.*, 2013; KLOCK; ALACOQUE, 2012).

No cenário do estudo, as medidas protetivas do MC foram comparadas como um retorno do RN ao útero materno. O MC propõe esta ideia quando reúne ações voltadas a preservar o RN de ruídos, excessos de luminosidade, excesso de odores, manuseio mínimo, buscando uma aproximação com o ambiente uterino. Esses cuidados têm por objetivos, proporcionar o maior conforto ao RN, e minimizar os riscos de iatrogenias e evitar prejuízos ao desenvolvimento infantil do RN.

Verifica-se que proporcionar conforto ao RN em UTIN é uma alternativa possível, porém requer mudanças comportamentais daqueles que cuidam, bem como gerenciais e institucionais. A promoção do conforto ao RN em UTIN pode ser realizada com medidas como: redução dos estímulos luminosos, sonoros, táteis, através da posição canguru, do toque, da contenção com as mãos, posicionamento no ninho, redução de conversas, manuseio mínimo, utilização de medidas farmacológicas ou não farmacológicas no combate a dor, etc.

Ressalta-se no DSC que nem sempre todas as medidas que compreendem a promoção do conforto são possíveis de serem realizadas, porém observam que diante de um ambiente agitado, o RN manifesta-se estressado e desorganizado, e acreditam que esta situação pode acarretar em gasto energético e perda de peso do RN.

Outra observação realizada pelas entrevistadas diz respeito à diferença das reações do RN em uso do MC, diante o período no qual estas ações não estavam incorporadas na unidade. Destaca o elevado número de apneias, e grau de estresse

do RN. As depoentes elevaram a significância do MC quando aludiram que esses cuidados correspondem a um seguro de vida para os RNPT e/ou BP, essas falas reforçam o MC como uma estratégia a preservar o RN de sequelas advindas da condição prematura do nascimento com vistas ao bom desenvolvimento infantil.

No Brasil, o direito do RN não sentir dor está assegurado no Direito do Prematuro (TAVARES, 2008), porém existe grande lacuna entre o conhecimento e a condução do manejo da dor e estresse do RN (AKUMA; JORDANS, 2012).

Verifica-se a necessidade de uma avaliação crítica por parte dos Enfermeiros, em especial, como gestores de sua equipe de trabalho, quanto a real necessidade da manipulação do RN em UTIN, fundamentada nos princípios do cuidado do MC, uma vez que o manuseio desnecessário pode acarretar em prejuízos.

DSC3 – Categoria D: Reduz Tempo de Internação

“Nossa! Acho que melhora muito o bebê. Os cuidados são para melhorar as condições dele. Já no nascimento às vezes ele nasce não só com baixo peso, mas bem prejudicado. Então os cuidados vão influenciar bastante na melhoria desse quadro dele. Ele melhora rápido... Sai do oxigênio mais rápido... Ele responde melhor a evolução do tratamento... Pelo menos eu tenho observado que agora está dando resposta mais rápida. Isso tudo porque a criança ela vai mais rápido para o canguru evita infecção hospitalar, quanto mais a mãe manipular a criança e fazer os cuidados, diminui o risco de uma infecção. Está sendo bem interessante... Você vê que a recuperação realmente é bem maior, é mais acelerada! A alta é precoce, ele vai para a casa mais rápido e bem... Deve influenciar lá na frente!”

Como pode ser observado no DSC, 12 (das 37 entrevistadas), com força de compartilhamento de 13,95% das ECH, relataram dentre outras importâncias dos cuidados preconizados pelo MC, a alta precoce conferida pela melhora rápida do RNPT e/ou BP.

A redução do tempo de internação do RNPT e/ou BP acompanhado pelo MC é apontada por vários autores como um dos benefícios do método (BRASIL, 2011; ARRIVABENE; TYRRELL, 2010; CONDE-AGUDELO; BELIZÁN; DIAZ, 2011).

Esta afirmação que o MC reduz o tempo de internação tem sido alvo de vários trabalhos e segundo MWENDWA, MUSOKE, e WAMALWA (2012), possui evidências, conforme estudo clínico randomizado desenvolvido no Quênia, cujo objetivo foi determinar o efeito do MC parcial sobre as taxas de crescimento e tempo de internação hospitalar em crianças de baixo peso. Este verificou que o grupo intervenção, assistidos pelo MC, apresentou significativo ganho de peso em

comparação ao grupo controle, assistidos em método convencional (incubadoras e berços), sendo assim, os RN em uso da metodologia canguru receberam alta hospitalar precocemente.

Esses achados são de fundamental importância na promoção e incentivo à implementação do MC em outros centros hospitalares, uma vez que comprovadamente os RN assistidos pelo MC estão recebendo alta antes dos RN assistidos em unidades convencionais, isso confere ao Método, além da melhora global do RN, maior disponibilidade dos leitos de UTIN, e consequente, redução de gastos em até 25% em relação aos leitos UCINCo (ENTRINGER *et al.*, 2013a).

Em outro estudo, realizado pelo mesmo autor, em uma UCINCo/UCINCa no estado do Rio de Janeiro, que objetivou verificar o impacto orçamentário utilizando o MC no cuidado neonatal, concluiu que o MC significa para o SUS uma economia de 16% no período de um ano, caso todos os RN elegíveis fossem assistidos em UCINCa (ENTRINGER *et al.*, 2013b).

Além de promover a permanência do RN aos cuidados maternos, favorecendo a construção do vínculo, a facilidade do aleitamento materno pela proximidade do contato pele-a-pele, a segurança dos pais para o momento da alta hospitalar, entre outros benefícios já discutidos ao longo dos achados, o DSC revelou que as entrevistadas relacionam o MC como contribuinte para a redução da infecção hospitalar do RN.

O RN, em especial o prematuro é suscetível à infecção hospitalar devido as suas peculiaridades de baixa imunidade, e grande número de procedimentos invasivos decorrentes da necessidade do processo terapêutico, e provável tempo prolongado de internamento.

Segundo Brito *et al.* (2010), as infecções, mais frequentes em UTIN, são as de corrente sanguínea (45-55%), seguidos das infecções do trato respiratório (16-30%) e as do trato urinário (8-18%), dentre os riscos individuais mais prevalentes encontram-se o baixo peso ao nascer e a prematuridade. Além dos fatores biológicos, as condições de trabalho, principalmente desproporção RN/profissionais ou superlotações nas UTIN implicam no risco de infecção ao RNPT e/ou BP (BRASIL, 2011a).

Segundo Lawn *et al.* (2010) em estudo meta-analítico com objetivo de analisar as evidências, e estimar o efeito do MC sobre mortalidade neonatal, devido às complicações do parto prematuro, evidenciou que o MC reduz significativamente

a mortalidade neonatal em RNPT e/ou BP, e são muito eficazes na redução de morbidades, principalmente as infecções.

As infecções contribuem consideravelmente para o prolongamento da internação hospitalar, e risco de morbimortalidade. Intenta-se em uso do MC, que os RN estáveis possam o quanto antes iniciar a 2ª etapa do método, diminuindo assim as manipulações excessivas e por diferentes profissionais, uma vez que os cuidados serão quase na totalidade realizados pela mãe, contribuindo para a redução das infecções e para uma alta hospitalar precoce.

DSC3 – Categoria E: Segurança para os pais e RN

“A importância é preparar o bebê para alta... o bebê ir bem para casa, estar seguro. Segurança para a mãe cuidar melhor do seu bebê, a mãe fica apta a cuidar do bebê. Porque antes se você não deixava a mãe ‘botar a mão’ no bebê, ela passava dias... meses... sem fazer o mínimo possível. Aí, quando ia pegar... era um estranho! Um tempo atrás esses bebês pegavam alta, levava para casa, e em uma semana voltavam fazendo apneia, se engasgando, bronco aspirava, ou morria bastante, você lembra? Você ia para casa e no outro dia sabia que a criança morreu, nossa cansei de ver isso... Agora, faz tempo que graças a Deus a gente não vê mais isso de o bebê ficar uma semana ou menos que isso e voltar. Então, eu penso que é um seguro de vida! Sinceramente... Sem demagogia! Segurança para a mãe, não só a mãe, o pai também em cuidar melhor do seu bebê. A mãe vai mais preparada para casa... ela vai aprender aqui com a gente a fazer os cuidados, ela vai ter orientação. Tem mãe que não tem noção! E a gente que tem que ver a segurança que os pais vão ter, não só dentro da unidade, mas quando ele (RN) for para casa, para que os pais se sintam tranquilos e saiba olhar, observar o bebê, saber a hora que precisa trazer para atendimento no hospital, quando realmente é algo que não consiga resolver em casa, e para que o bebê possa ganhar peso 2500g para poder sair do método, e poder ser acompanhado... Quando os pais estão ali cuidando... Eles se sentem importantes! Se sentem mais úteis para o bebê. Não vai ser aquela criança que vai ficar lá dentro da incubadora e a mãe só vai se tocar que é mãe quando sair de alta. Ela vai levar o filho para casa e saber cuidar. A incidência de (re) internar é bem menor”.

A *segurança dos pais no cuidado* foi lembrada por 12 profissionais e apresentou força de compartilhamento de 14,0%, igualmente a categoria *reduz tempo de internação*. Para estas entrevistadas, o MC além de apresentar os outros benefícios já descritos, o cuidar de forma humanizada segundo os preceitos do MC, corresponde preparar os pais para o momento da alta hospitalar e para o cuidado domiciliar com segurança.

Parecer semelhante foi expresso por Arivabene e Tyrrell (2010), que o MC confere aos pais maior autonomia nos cuidados aos seus filhos pré-termos, e isso reflete na segurança para o cuidar no pós-alta.

O momento da alta hospitalar de uma UTIN é muito esperado por todos os envolvidos, equipe, pais e familiares, porém, a insegurança em levar para casa um bebê com menos de 2000g, e que desde o nascimento foi rodeado por aparato tecnológico, e profissional para sua recuperação, e preservação da saúde, é fato normalmente presente nas UTIN.

Tronchin e Tsunechiro (2005) interpretam que pais de pré-termos são considerados como grupos de risco para morbidades, pois se encontram fragilizados pelo sofrimento ocorrido durante o processo de gravidez, assim percebem-se prejudicados na autoconfiança e na capacidade de criar seu bebê.

Neste sentido, o MC resgata o papel do Enfermeiro educador, como bem apresentado no DSC. A inserção dos pais no cuidado possibilita um momento de orientação, de sanar dúvidas, de trocas de experiências, minimizando os medos e ansiedades frente o momento da alta (SANTANA *et al*, 2013).

Em algumas instituições, o MC é utilizado como promoção da segurança materna frente aos cuidados realizados ao RNPT e/ou BP (CHAGAS *et al.*, 2011). Estudo realizado por estes mesmos autores em um hospital de Belo Horizonte (2008) avaliou como eficaz as orientações e ensinamentos propiciados pelos profissionais de enfermagem as mães, durante o período de internamento, conferindo 92% de mães que relataram sentirem-se seguras nos cuidados aos seus filhos durante o internamento e posteriormente no cuidado domiciliar (CHAGAS *et al.*, 2011).

No cenário do estudo o método foi comparado há um 'seguro de vida' ao RN, uma vez que promove a participação efetiva dos pais, dando-lhes competência para um cuidar gradual, e assim adquirir a segurança frente às particularidades do prematuro.

Achado semelhante foi encontrado por Sá *et al.* (2010), que afirmam que as mães que participam das decisões sobre o tratamento aos seus filhos internados, e desenvolvem os cuidados ao RN durante o processo de hospitalização, sentem-se mais seguras em suas habilidades de cuidar de seus filhos em casa.

Antes do MC, a participação dos pais no cuidado era pouco incentivada pelos profissionais envolvidos (SILVA, THOMÉ, ABREU, 2011), principalmente pela equipe de enfermagem, responsável pelo cuidado e, que por vezes expressa sentimento de posse sobre o RN. Isso ficou expresso no DSC quando relataram que os pais não podiam tocar seus bebês e, muito menos realizar cuidados mínimos.

As falas das entrevistadas apresentaram que essa mudança de comportamento viabilizada pelo cuidado humanizado, com a participação dos pais, modificou um panorama de altos índices de reinternações de RN, decorrentes do despreparo dos pais no cuidado, reforçando o benefício na redução de reinternações.

Bork e Santos (2012) afirmam que as intervenções precoces realizadas pela equipe de enfermagem oportunizada pelo MC, são fundamentais para o cuidado adaptativo, e permite aos pais expor seus medos, anseios, dúvidas e inseguranças frente ao processo de cuidar do RNPT e/ou BP.

Os achados deste estudo frente à importância dos cuidados do MC ao RNPT e/ou BP apontam para uma equipe de enfermagem em processo de conscientização das mudanças, na condução dos cuidados direcionados ao RNPT e/ou BP durante processo de hospitalização na UTIN, com vistas a proporcionar uma melhor qualidade de vida futura ao RN e seus pais.

PERGUNTA 4 – Você tem tido alguma dificuldade na prática com o Método Canguru?

Nessa pergunta, a entrevistada relatava as dificuldades e limitações que sentia para executar as atividades do cotidiano de trabalho baseadas no MC.

A seguir (QUADRO 7), serão apresentadas as inclusões da IC, com o agrupamento de expressões semelhantes para a formação das categorias:

Categoria	Ideias Centrais
Dificuldade Relacional	Dificuldade em aceitar mudanças; Dificuldade com as colegas; Dificuldade em trabalhar com mães; Falta de motivação pelos superiores;
Dificuldade Técnica/ individualização dos cuidados	Dificuldade com a sonda “tipo gatinho”; Dificuldade em preservar a hora do soninho; Dificuldade com acessos venosos;
Dificuldade protocolar	Falta de linguagem única; Falta de protocolos; Orientações divergentes;

Continua

Categoria	Ideias Centrais Continuação
Dificuldade na transição para 2ª etapa	Falta de orientação na primeira etapa; Falta de orientação e preparo materno para iniciar a 2ª etapa;
Dificuldade na promoção do contato pele a pele	Dificuldade em retirar o RN para contato pele a pele sob VM; Dificuldade em retirar o RN para contato pele a pele com acessos venosos.

QUADRO 7 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO EM CADA CATEGORIA – PERGUNTA 4

FONTE: A autora (2014)

Notou-se que a grande maioria com força de compartilhamento (36,07%) referiu não apresentar dificuldades em desempenhar às atividades baseadas no MC.

A principal dificuldade encontrada pelas respondentes foi com relação à dificuldade relacional, com uma força de compartilhamento de 18,03%, seguida das dificuldades técnicas e protocolares, ambas com 16,39% de prevalência. Com menor força de compartilhamento (3,2%) apareceu à promoção do contato pele a pele (TABELA 4).

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO (n e %) DA CATEGORIZAÇÃO DO DSC EM RELAÇÃO À PERGUNTA 4*. UTIN/HC/UFPR, CURITIBA, PARANÁ, 2014.

CATEGORIAS	n	%
A Não apresenta dificuldades	22	36,0
B Dificuldade Relacional relativa às mudanças	11	18,0
C Dificuldade Técnica/Individualização dos cuidados	10	16,4
D Dificuldade Protocolar	10	16,4
E Dificuldade na transição para 2ª etapa	03	5,0
F Dificuldade com amamentação e ordenha	03	5,0
G Dificuldade na promoção do contato pele a pele	02	3,2
Total de Respostas	61	100,00

FONTE: Qualiquantisoft®, 2014

NOTA: *Você tem tido alguma dificuldade na prática com o Método Canguru

A negativa na apresentação de dificuldades foi expressiva (36% de compartilhamento), no entanto, mostrou-se contraditória, pois sempre depois do 'não tenho dificuldades' era expressa uma conjunção adversativa 'mas' que pode ser

entendida como negativa não plena das dificuldades, restando sempre um senão de dificuldade, que foi trabalhada nas categorias eleitas. Este discurso não foi construído, por não acrescentar outros significados aos já evidenciados nos DSC apresentados.

DSC4 – Categoria B: Dificuldade Relacional e relativa às mudanças

“Alguma coisa sim... na prática, acho que tem todo o lado bom, reconheço o que foi explicado, mas tenho bastante dificuldade com mudanças, acho que ainda leva um tempo. Como eu estava comentando com as meninas ontem, há nove anos que eu trabalho aqui, e a gente sempre trabalhou de um jeito. Elas (enfermeiras) deviam vir trabalhando mais o MC com a gente, só que não! De repente... assim tudo de uma vez... é muita informação! Muita coisa para a gente aprender! São coisas que a gente devia de vir aprendendo com tempo, gradativamente. Olha! Tem que fazer assim... é assim... e a equipe toda passa a fazer. Agora, um fala: "Eu não vou fazer...". Não é certo, confunde um pouco a cabeça, isso que estou achando estranho, a gente tem que fazer tudo de uma vez, tudo rápido e tem que começar a fazer. Eu acho que eu tenho um pouco de dificuldade na 2ª etapa ainda, porque agora que estão acontecendo às mudanças. Já tinha o canguru, já tem uns anos que funciona, mas ele ficava fechado, e agora não, a proposta é que ele tenha mães sempre lá, acho assim que até a gente se habituar vai levar certo tempo. Enquanto o bebê está dentro da UTI na primeira etapa, ali dentro para mim os bebês são tudo. Lá na segunda etapa, como eu te disse: é uma resistência minha, eu sei tudo o que tenho que fazer, eu oriento as mães, eu converso, mas sabe quando você não gosta! Não estou preparada para trabalhar com a mãe. Se fosse o bebê ali, não tivesse que ter que ficar com a mãe... não tenho paciência. Então eu posso te dizer que eu criei uma resistência lá dentro (UCINCa) com o Método, se tiver que ir, eu vou... Mas se eu puder trocar, eu troco! Eu não vou desacatar a mãe e dizer eu não gosto de ficar aqui. Não! Eu faço o meu serviço, procuro ser a mais profissional, a mais correta possível com a mãe, orientando a mãe, observando, vendo se o bebê está ou não mamando, mas é uma coisa que eu não gosto. A gente tem aquelas barreiras que a gente observa de resistência de algumas colegas de sala. Já aconteceu de às vezes você chamar a atenção para não fazer barulho e a colega ficar brava com você, resistência de baixar a luz, de diminuir ruídos, às vezes a gente se pega falando alto... Se fosse uma coisa unificada, você ia destoar... agora se todo mundo está falando alto, a tendência é falar mais alto ainda, e daí, isso prejudica o bebê, então tenho dificuldade nas duas partes. E se tem pai a noite e, a gente coloca na posição canguru, elas ficam bravas, pois querem que os pais vão embora o quanto antes. Já vivi várias situações dessas! Coloquei o bebê no canguru e elas não gostaram. Já ouvi e vi você (entrevistadora) colocando bebê dos outros, de respirador no canguru, e as colegas ficarem bravas. Porque querem se ver livre dos pais o mais rápido possível. Eu estou na sala e vejo aquele bebezinho... A gente sabe todos os passos e você vê que ele está pronto para ir para o pele a pele com a mãe, e a tua colega não põe porque não gosta do método, entendeu? Achou isso uma judiação... Fico sentindo que às vezes posso estar compactuando com aquela pessoa... porque eu não posso chegar nela e dizer assim: __ Ah! Você me deixa por ele ali na mãe? Essa barreira me deixa assim bem chateada. Talvez precisasse desenvolver mais esse lado, mas é difícil. Às vezes eu acho que falta um incentivo mesmo para gente, não é uma dificuldade. Já não estamos numa fase boa! Mas falta você ser mais motivada a fazer (MC). Não que a gente não faça, mas eu ainda acho que está faltando alguma coisa, nesse meio. Esses tempos abri meu face e uma mãe citou meu nome, e eu fiquei super contente. Aí que você vê que está tendo um incentivo, mas não é um incentivo daqui de dentro, entende? Quando vi a postagem da mãe me deu uma motivação e mais vontade. Pensei: __ Nossa é importante mesmo o que estamos fazendo! Porque você faz... e faz... e não tem ninguém que chegue e fale: __ Olha que legal que você fez isso, que bom que vocês passaram esse tipo de sonda! Eu acho que a gente está meio de lado. A gente precisa de cobrança e elogios de vez em quando, as pessoas precisam de motivação. Esses dias estávamos conversando e pensamos que teria que ter enfermeira que assumisse tudo isso, que se tivesse uma pessoa responsável, uma enfermeira que tomasse conta do MC... e nós até citamos dois nomes. Porque essas escutam a gente. Aí fomos até mais longe. Até para chefia... elas servem! Entende? Se tivesse uma pessoa que dissesse: __ Essa semana a gente vai fazer uma aulinha. Não várias pessoas, mas uma pessoa responsável por isso. Acho bom o fato das enfermeiras ficarem em cima, não precisa

ficar me vigiando o tempo todo, mas passou por mim, olhe para ver se eu estou fazendo alguma coisa de errado. Como não tem uma supervisão direta a gente acaba fazendo meio mecânico, sem perceber... Falta mesmo consciência. "Se conscientizar..."

Dentre as dificuldades expostas pelas entrevistadas à categoria *Dificuldade Relacional e resistência às mudanças* apresentou força de compartilhamento de 18,0%, representada pela fala de 11 depoentes.

Analisando o DSC constatam-se logo nas primeiras frases, as dificuldades das entrevistadas em aceitar mudanças, principalmente quando estas ocorrem de maneira verticalizada, impositiva e sem planejamento.

Esse discurso atribui-se ao momento vivenciado por estas profissionais face ao processo de adequações da UTIN para a consecução do título de Referência Estadual do MC. Naquele momento, a equipe de enfermagem necessitou mudar radicalmente algumas ações que estavam em desconformidades com os cuidados preconizados pelo MC, situação que veio a causar desconforto na equipe.

Além das reformas físicas que aconteceram em questão de três ou quatro dias, as rotinas de banho e pesagem do RN, foram rapidamente conformadas após treinamentos realizados pelas enfermeiras da UTIN. Essas adequações evidenciam ter ecoado de maneira impositiva segundo as entrevistadas, pois a partir do treinamento foi cobrada, com intensidade, a realização dos procedimentos conforme preconizado no MC, determinando sentimento de pressão sobre a equipe de enfermagem.

Há evidências de que as mudanças ocorrem de maneira contínua nas organizações, assim como na vida das pessoas, processo este que normalmente visa à reestruturação organizacional ou melhoria de qualidade. Vários aspectos são considerados em um processo de mudança, no entanto, a intensidade deste, as pessoas envolvidas, e o tempo de reação são as principais características para uma mudança bem sucedida (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Neste sentido, compreende-se a revelação uma reação em cadeia totalmente esperada frente ao processo de mudança ocorrido no cenário de estudo, decorrentes das adequações ao MC. A urgência dos acontecimentos implicou na forma de condução das mudanças, por conseguinte, gerou insatisfação por parte da equipe de enfermagem.

Segundo Bressan (2004), no processo de mudança organizacional as reações comumente encontradas são de resistência, expectativa ou ameaça. Neste processo os envolvidos são os próprios construtores da cultura local, e com isso, a dinâmica

social deste grupo é conduzida de modo a facilitar ou dificultar o referido processo de mudança. Esta mobilidade social pode explicar os sucessos e insucessos de uma dada adaptação, quer seja ela necessária, imposta ou não.

Os DSC confirmam resistências aos processos de mudanças, esta reconhecida como dificultadora da melhoria do processo de implementação das ações humanizadoras de cuidado. Gray (2004) abaliza que a resistência imposta pelas pessoas pode ser cominada à percepção de que a mudança poderá trazer prejuízos, incertezas e, em especial, o aumento de trabalho.

Percebeu-se através do DSC que a barreira/resistência relatada pelas entrevistadas não se refere propriamente ao MC, mas a dificuldade em trabalhar com a presença materna na UCINCa.

Esta dificuldade também era previsível desde a implantação do MC, pois a relação mãe e enfermagem envolvem conflitos de saberes, de sentimentos, de experiências, de expectativas (SQUASSANTEI; ALVIM, 2009). Fato ainda reiterado por dúvida relatada no DSC: *Qual o papel da Enfermagem na UCINCa?* Esse conflito emergiu dos discursos e confirma a necessidade de discussão entre os envolvidos para a construção de protocolos, na tentativa de minimizar inquietações.

Outro fator de dificuldade encontrado no discurso remete as relações interpessoais no ambiente de trabalho, e o posicionamento de alguns profissionais ao cuidado ao RN.

Entendendo que o alcance dos objetivos e sucesso profissional encontram-se diretamente ligados as formas de como as pessoas se relacionam no ambiente de trabalho, o mercado tem buscado profissionais competentes nas relações interpessoais, que saibam trabalhar em equipe e principalmente respeitar as diferenças (PEREIRA *et al.*, 2013b).

O DSC revela que existe no cenário do estudo, profissionais que apresentam pouca adesão aos cuidados preconizados pelo MC, e que se contrapõem aos demais profissionais quando estes estabelecem relações positivas com os pais, e incentivam principalmente a posição canguru, permanecendo mais tempo na UTIN.

Freire *et al.* (2014) em estudo de revisão integrativa sinaliza que embora os profissionais reconheçam os benefícios do MC, as mudanças de paradigmas não ocorreram na proporção do conhecimento, a baixa adesão às medidas recomendadas pelo método aparece dentre as maiores fragilidades nos processos de implantação.

DSC4 – Categoria C: Dificuldade técnica na Individualização dos Cuidados

“Se a gente for ver como um todo, na parte técnica, a dificuldade é o fazer mecânico. Porque o horário pede, você tem uma hora às vezes para fazer peso e higiene de três bebês então, você acaba não fazendo na técnica, não enrolando direitinho no cueiro. Banho enrolado, eu aprendi no curso, mas nunca vi ninguém fazer, agora que estão fazendo... e de repente, tem que fazer assim pronto e acabou: ____ O que você faz está errado! Agora é assim que você tem que fazer! Tem que melhorar tanto para nós quanto para os bebês, mas numa coisa que vem vindo, e não jogado de uma vez... Poderia mudar alguns horários, mas seria uma reação em cadeia. Às vezes 7:30h eles (médicos) já estão querendo os pesos. Eu esqueço, por exemplo, de praticar e trocar a fralda de ladinho, é uma coisa que eu esqueci, lembrei agora na hora de “ticar” que tem que ser assim... Outra coisa que não gosto também tenho dificuldade é em manter a incubadora toda fechada e coberta, tanto é que eu chego e já vou abrindo tudo, e quando o ninho está bem fechado e esconde todo o bebê eu também não gosto, não consigo. Dificuldade que eu vejo são também com acessos venosos. Essa sonda gatinho então... Existe todo um por que, e você sabendo, sabe o quanto é importante... só que na pratica... eu acho que ela não é prática. Eu sou um pouco resistente, é mais resistência do que o não saber como fazer. Eu já fiquei meio em dúvida quando fazer... porque não sei se tem certas crianças que não recebem essa sonda gatinho, não sei identificar... As crianças que eu sei que são visivelmente aptas a receber a sonda gatinho eu sou resistente mesmo, não por preguiça em fazer o procedimento, mas porque às vezes eu acredito que parece não ter toda a efetividade de como ensinam a fazer. Não é por facilidade do outro ou dificuldade desse jeito, é porque realmente eu não concordo com a técnica. Eu nunca passei, uma vez que eu fui tentar fixar não deu muito certo, essa fixação aí nunca mais fiz. A sonda fica para lá e para cá. Uns deixam largos, outros deixam mais curtos, sai toda hora, causa náuseas, tem-se uma dificuldade para saber se está na posição ou não. Eu não gosto muito não! Tenho dificuldade em fixar, passar você passa... para ficar confortável para o neném eu tenho dificuldade. Até já tentei e tento muitas vezes, mas quando vejo, já estou passando no método tradicional. Igual no curso, todo mundo tem que passar sonda gatinho. No primeiro mês todo mundo passou, depois todo mundo parou de passar. Ela é ruim porque não temos o material adequado, tem que ficar tirando o fio de gaze, prendendo com esparadrapo que não cola, essa é nossa dificuldade, quanto à sonda não. Tenho que me policiar, porque não adianta eu achar bonito e eu não fazer. Então tenho que me policiar para eu começar a fazer e ensinar para quem pensa como eu. Se for feita bem certinho, as crianças mamam no peito com a sonda e não atrapalha em nada, tem a pega normal, bem tranquilo.

Na sequência da dificuldade relacional, a dificuldade técnica em relação aos cuidados do MC emergiu nos discursos, foi a segunda maior dificuldade vivenciada pelas depoentes, apresentando força de compartilhamento de 16,4%.

As dificuldades aqui relacionadas equivalem-se, ou seja, são coerentes, com as ações menos realizadas pelas entrevistadas conforme os achados na pergunta dois centram-se na: realização do banho e do peso do RN enrolados, e na troca do RN em decúbito lateral, bem como na utilização da SOG com fixação “tipo gatinho”. A equivalência desses resultados era esperada, pois se o profissional não tem segurança, ou apresenta dificuldade em realizar um procedimento, acredita-se que ele evitará realizar o procedimento, por conseguinte, aparece como uma ação menos executada.

Como evidenciado na pergunta dois, e reforçado neste discurso, a pesagem e o banho dos RN enrolados, começaram a ser realizados durante o período de coleta

dos dados, com a finalidade da certificação, e não pela compreensão e apreensão que esta prática auxiliaria o RN a manter seus sistemas organizados durante um procedimento que pode ser estressor.

Frente ao fato de que todas as entrevistadas já foram capacitadas com o curso do MC e não utilizam as técnicas ora discutidas, acredita-se, e evidencia-se no DSC que essa técnica possa cair em desuso após algum tempo, se não houver ressignificação do procedimento como rotina benéfica ao RN, com educação continuada e parceria do enfermeiro no cuidado junto a sua equipe, bem como, cobrança fundamentada.

Outro procedimento que apresentou pouca adesão pelas entrevistadas tanto na pergunta dois, como no presente discurso, refere-se à higiene e troca de fraldado RN em decúbito lateral. A troca de fralda em decúbito lateral além de propiciar ao RN maior conforto, evita o refluxo gastresofágico (BRASIL, 2011a).

Importante ressaltar que assim como retratado no DSC o fato de algumas respondentes não lembrar a necessidade de trocar o RN lateralizado, muitas perguntaram o porquê da realização deste procedimento ser feito desta maneira.

Entende-se que o fazer errado, tanto pode estar atribuída ao desconhecimento, a pouca adesão, ou ainda ao mecanicismo das ações. Interessante à expressão utilizada na primeira frase do discurso *na parte técnica a dificuldade é fazer mecânico*. Embora haja uma tendência da substituição do enfoque tecnicista pelo humanista em UTI, a mecanização dos cuidados ainda é uma realidade (OLIVEIRA *et al.*, 2013). A utilização do MC intenta a ruptura desta mecanização dos cuidados, quando estabelece o respeito na individualização dos cuidados ao RNPT e/ou BP.

Outra dificuldade técnica relatada relaciona-se a fixação da SOG “tipo gatinho”. Esta ação preconizada pelo MC tenciona substituir a fixação tradicionalmente utilizada em bordo labial superior, por fixação da sonda em osso zigomático, liberando o músculo orbicular dos lábios para facilitar a sucção ao peito materno (BRASIL, 2011a).

Dentre todas as ações do MC realizadas no cenário do estudo, esta é a que apresenta maior rejeição entre as entrevistadas. Como explanado do DSC, não existe dificuldade na técnica de sondagem, a dificuldade encontra-se na fixação devido material inadequado, mas principalmente constata-se uma resistência por apresentar-se como um procedimento inseguro, e ineficaz na opinião das

entrevistadas, visto que o movimento provocado pela fixação flutuante provoca náuseas no RN, e ocorre maior frequência de extrusão.

Percebe-se também no relato, pouco interesse em verificar a efetividade dessa fixação, sobretudo naquelas pessoas que apresentaram dificuldade na primeira tentativa e não insistiram em mais oportunidades, mesmo sabendo dos benefícios de sua utilização. A sonda “tipo gatinho” dispende mais tempo para sua colocação, nesse tocante Gray (2004), argumenta que as resistências às mudanças podem estar relacionadas ao aumento de trabalho.

Outras dificuldades menos expressivas foram relacionadas em acessar a rede venosa do RN e manter a incubadora totalmente coberta. O RN apresenta fragilidade de rede venosa, e este se caracteriza como um grande desafio para a equipe de enfermagem. A habilidade em desenvolver determinados procedimentos ocorre devido à repetição da execução, porém no que tange acessar a rede venosa do RN, verifica-se que na ocorrência de dificuldade de punção venosa aconselha-se delegar esta função a pessoas com maior destreza, para evitar causar lesões venosas, dor e consecutivas tentativas de punção (SOUZA *et al.*, 2011).

No que diz respeito à dificuldade em manter a incubadora com panos escuros para minimizar a luminosidade contínua sobre o RN, apareceu no DSC como uma fala pontual, relatando que antes da evolução tecnológica e o advento dos oxímetros a necessidade da observação contínua não permitia obstruir a visibilidade sobre o RN, e desde aquela época, esta profissional, apresenta dificuldade em adaptar-se a essa mudança.

DSC4 – Categoria D: Dificuldade Protocolar

“Uhuuhuhuh! Dificuldade... eu vejo assim: é esse desencontro de informações, de opiniões, cada um fala uma língua aqui dentro, isso é bem complicado! Na hora que vai ensinar as mães, principalmente na enfermagem canguru, cada pessoa que vai lá usa de uma forma de falar, não existe consenso. Então, eu tenho dificuldade, de como falar e conduzir nossas ações, lá (UCINCa), tem que estar todo mundo falando a mesma coisa, porque existe uma disparidade ainda, muito menor, porque a maioria das pessoas já tem o curso, já participaram ou não das rodas de conversa. Às vezes você vai lá e orienta a mãe. Aí ela diz: ___” Ah, porque a enfermeira falou assim, porque o médico falou assado! A noite fala uma coisa, à tarde outra e na manhã outra. A mãe e a gente fica perdida! “Perde as pernas”! Ninguém fala a mesma linguagem. Essa orientação diferente a mãe houve com desconfiança. Um fala: ___Ah tem que dar o leite só no copinho”, e outro fala: ___Tem que fazer só na seringa”, isso é uma coisa que tem que ser padronizada... ao mesmo tempo tem que ser maleável, porque são duas pessoas, uma mãe e uma criança achando seu espaço. Então não vai ser todo dia a mesma coisa! Tem que avaliar, tem dia que ele está mais irritado... está agitado... ___ está vendo que ele está diferente? Aí vai conduzindo, explica que: ___Às vezes está agitado porque ele está pedindo mais contato com você, então deixa mais no peito. Em casa vai ser a mesma coisa, aí você vai

descobrir como você vai interagir... o que vai ser melhor para os dois. Não é uma tabela! Ah! agora é tanto tempo... deu o tempo tira (da mama)! Muitas vezes a gente vai lá (UCINCa) e a mãe fala:___ Falaram para mim que é só um pouco, ele mamou, aí tira, porque senão ele vai perder peso! Não fica preso aqui a cada 3 horas. A gente sabe que quando vem para a unidade canguru, vai ficar mais a vontade como se estivesse em sua casa, mas tem um porém: se é um bebê de 1200g ou 1300g, muito baixo peso a questão de mamada acho que a gente não pode relaxar muito, tem que ter horário certinho. Falta rotina de mãe canguru, é que a gente fica na dúvida: de qual é o nosso papel? E nossa autoridade ali? A gente é funcionária de UTI, e mesmo que tenha a mãe e pai há anos, eu acredito que faço esse trabalho, assim de conversa, muito bem, mas na enfermaria canguru você perde um pouco tua autonomia de profissional. Às vezes (a mãe) coloca a prova a nossa autoridade no sentido de profissional de enfermagem que vem para auxiliar elas. Você não sabe às vezes, se você tem que se impor, ou tem que se recolher, e é uma dúvida até conversada e discutida com bastante frequência entre os profissionais da UTI: das atitudes que os pais têm dentro da enfermaria canguru, e até que ponto é a gente que traz as regras, a certeza e o quanto você tem que deixar a vontade, isso é uma dúvida bem frequente! Fazer (os pais) o que quer a hora que quer em relação ao bebê! Ele ainda está sob os nossos cuidados, nossa responsabilidade, essa é uma grande dúvida, respeito de horário, métodos de dar, ou de não dar o leite. Por elas estarem num ambiente um pouco domiciliar, a sensação que dá é que você 'sobra' naquele lugar, mesmo que aquilo não acontece... e às vezes para não criar um caso, a coisa ser visto de outra forma a gente acaba também, procurando passar e deixando a coisa correr solto, a gente sai frustrada de lá, não é bem isso que a gente quer, se o cuidado é com o bebê então nossa preocupação é essa. Não deixar correr solto e daí amanhã se o bebê perder peso? Tem gente que vai lá (UCINCa) e quer fazer tudo, acho que não é por a, precisa reunir o pessoal, ver como que todo mundo está fazendo e conversar, saber o que tem que fazer lá. Porque ninguém ali está para fazer o melhor para si, é o melhor para o bebê e para aquela mãe, é esse o nosso interesse! Quando a mãe sair sabendo como tem que aconchegar esse bebê, olhar para ele e não ficar presa ao oxímetro, presa em você (profissional), você é uma 'muleta', ela vai embora, e não tem mais a 'muleta', e aí como é que fica? Esse bebê é quem vai sofrer, quando você vê que a mãe sai bem à equipe inteira ganhou! Acredito que o problema da enfermaria canguru é porque a primeira fase não foi bem alinhavada, se tivesse começado certinho lá na 1ª etapa, passo a passo, todo mundo falaria a mesma língua. Acho que na 2ª etapa a mãe deve ficar mais com os bebês na posição canguru, falta talvez a gente incentivar mais aqui (1ª etapa) para que elas fiquem mais lá, porque muitas mães ficam envolvidas no cuidado com o bebê, na amamentação, tá faltando ficar mesmo é na posição. Então, hoje não sei se essas mães fizeram canguru lá dentro (1ª fase), fica difícil colocar, eu não sei mandar, por mim elas estavam todas no canguru, mas na hora elas dizem não, e eu murcho... eu quero dar liberdade para elas escolherem, então eu fico meio que em cima do muro. Eu falei: "Então vamos todo mundo dar o banho, hoje é dia de banho, e depois vamos colocar na posição canguru. Duas das quatro fizeram isso, eu fico meio assim, não insisti. Uma não quis tomar banho, outra não falou nada. Vejo como uma parte estrutural da unidade, e uma parte minha também. Se tivesse um reforço mais, alguma coisa que fosse mais de rotina, ajudaria! Outra coisa que eu penso que devemos rever é o uso de artifícios para a mãe, mamilo de silicone, a concha. Teria que ver se é necessário. Claro que às vezes tem o lado da mãe que está insegura, com dor e acha que uma coisa fora dela, vai resolver! Do mesmo modo que eu penso, se esta bom para ela e deu certo então fica importante é ela estar segura, relaxada, sem uma pressão muito forte em cima. Eu sinto que há bastante falha ainda. Falha não do método... falha nossa! Pessoa! A gente poderia fazer mais... falta comprometimento, falta de empenho mesmo da gente, vou me empenhar e fazer exatamente como manda o passo a passo, e também ter uma pessoa responsável por esta situação. Às vezes você olha para uma mãe e já simpatiza com ela, às vezes olha para outra mãe e não vem a simpatia, mas você tem que vencer isso, porque a gente tem que focar no bem do bebê. Mais é importante você estar ouvindo a gente... e a gente espera que mude as coisas aqui, e que só melhore, pois ninguém fala a mesma língua."

Mais uma vez ficou evidente no discurso a dificuldade dos profissionais no cuidado realizados na UCINCa. Além da dificuldade em compreender qual o verdadeiro papel da enfermagem neste ambiente, verificou-se no DSC acentuada divergência nas ações de orientação, principalmente, ao aleitamento materno, como

também diferentes posturas profissionais no cuidado a díade mãe/filho, geradoras de conflitos por falta de uma padronização das ações.

Estiveram presentes as dificuldades relacionadas à falta de protocolos em relação ao MC, com força de compartilhamento de 16,4%, relatada por 10 participantes. Em especial na UCINCa, e por consequência há, de acordo com as percepções da equipe de enfermagem:

- a falta de uma linguagem padrão, como fundamental;
- desencontro de informações entre os turnos de trabalhos, e as diferentes categorias profissionais;
- insegurança dos pais no desenvolvimento do cuidado;
- fragiliza a credibilidade no serviço;
- insegurança da equipe para o cuidado humanizado;
- fragilidade na autonomia da equipe para gerenciar o cuidado;
- falta de estímulo coerente para manutenção da posição canguru.

Diante dessas ênfases nos 'desajustes' o DSC revela a necessidade premente de uma padronização das orientações e das ações relativas ao MC, pois sua falta vem causando diversas ordens de conflitos interpessoais.

Esses achados corroboram com Guerrero, Beccaria e Trevizan (2008) os quais elucidam que, ter padrão na *saúde* equivale dizer que todos os clientes devem receber o cuidado já estipulado, no formato de protocolos, POP, dentre outros, no entanto de maneira única e individualizada. Isto significa que, muito embora se tenha que padronizar, no caso, nortear, o cuidado, pois diferentes condutas podem afetar a qualidade na assistência, este deverá ser adequado às necessidades individuais.

A necessidade de construção de protocolos relacionados às ações do MC também foi recomendada em revisão de literatura realizada por Freire *et al.* (2014), onde apontam a norma da atenção humanizada como norteadora para implantação do MC, porém avaliam que os serviços devem adequar suas ações de cuidados baseados em suas possibilidades de mudanças, através de protocolos institucionais próprios.

O discurso clarifica que existem profissionais que não gostam de trabalhar com a díade, assim como existe aqueles que se identificam com o trabalho materno, educativo, e apresentam maior facilidade nas flexibilizações das ações na UCINCa.

Pereira *et al.* (2013b), sinalizam que o Enfermeiro deve desenvolver competências interpessoais, para subtrair e direcionar as potencialidades de cada profissional da equipe. É interessante perceber cada membro da equipe como profissional emergente, produto de um contexto de relações sociais; e entender que a subjetividade de cada indivíduo/profissional é de *constructo* histórico e social.

Nesta ótica, pode-se entender que a equipe de enfermagem, composta por indivíduos que trazem consigo contextos históricos culturais diferentes, experiências de vida diferentes, processos educacionais diferentes, e, mesmo na vigência de protocolos de cuidados, terão diferentes olhares sob o cuidado dispendido a mãe e ao RN.

Observou-se que alguns profissionais, que entendem este ambiente como cansativo, apresentam, na UCINCa, olhar e atitude mais humanizada sobre a figura materna, assumindo, em alguns momentos, os cuidados ao RN, para favorecer o descanso da mãe, visto que as mesmas permanecem semanas longe de casa e do convívio familiar. Em contrapartida, outros profissionais entendem que as necessidades de cuidados do RN na UCINCa, são de responsabilidade única e exclusiva da mãe, adotando posturas de resistência a figura materna e ao próprio cuidado ao RN. Esses embates são geradores de conflitos, e necessitam de discussões, reorganizações e planejamento na busca de equilíbrio.

Em estudo sueco com objetivo de investigar a experiência materna no MC com RN que receberam esta estratégia continuamente desde a internação, até o momento da alta da UTIN, Blomqvist e Nqvist (2011), perceberam através das falas maternas a prática como desgastante, principalmente nos cuidados noturnos, mas que não deixariam de fazê-lo.

Outro ponto de reflexão que o discurso traz refere-se ao tempo de aleitamento materno dos RNPT e/ou BP que iniciam a sucção no peito. Verifica-se a dificuldade e insegurança das entrevistadas em manter o RN em peito materno em livre demanda, por entenderem que o esforço prolongado do prematuro, implicará em grande gasto energético, acarretando na perda de peso do RN, e frustração materna e profissional.

Conforme os achados de Baptista *et al.* (2014), a equipe de enfermagem de UTIN apresenta conhecimentos e habilidades insuficientes para o manejo de uma amamentação adequada ao RNPT e/ou BP. Em consonância ao encontrado no estudo, os dados revelam a necessidade em capacitar a equipe de enfermagem

para o processo de aleitamento materno, uma vez que a figura do profissional de enfermagem é o membro da equipe de saúde melhor preparado para o processo de promoção e educação do aleitamento materno.

DSC4 – Categoria E: Dificuldade na transição para a 2ª etapa do MC

“Eu acho que a nossa dificuldade começa desde o preparo da mãe, falta mais orientação para as mães, no cuidado canguru em geral. Elas ficam muito inseguras da primeira para segunda fase na enfermaria (UCINCa). Ela não faz, não fica com o bebê na posição, ela prefere deixar no berço, se não foi orientada. Como na quarta feira, eu estava falando algumas coisas sobre o canguru que elas não sabiam, não foi conversado lá dentro. Entendo que aqui por ser mais calmo, seja um ambiente bem propício para a gente conversar, mas não foi o primeiro dia de canguru delas, fazia uma semana e elas não sabiam qual a temperatura ideal para o bebê! Já fazia uma semana, e elas não sabiam a importância da posição canguru, do organizar os neurônios. Eu acho que, como o caso do T., foi para lá (UCINCa) e perdeu peso nos dois primeiros dias, porque essa coisa de: __ Tem que amamentar... tem que amamentar, e não pode perder peso! A mãe ficou resistente no complemento do leite, porque ela queria que ele ganhasse peso só com o leite dela, e o que aconteceu? Perdeu peso, e teve que ser complementado uma 3 vezes! Cuidei dele plantão passado, eu complementei, a colega complementou. aí que ele ganhou peso. Se fossem bem orientadas, acho que iriam ficar mais tranquilas, porque não teria aquela pressão de perder peso. Precisa dizer: __ Olha! Se seu leite não for suficiente nos primeiros dias, complemento é bom complementar; não é só dizer: __ você tem que amamentar e o bebê tem que ganhar peso! É muita coisa na cabeça da mãe. Então, é muita responsabilidade, falta preparo para mãe, e também talvez não dê para cobrar muito porque a mãe cansa. Se todo mundo tivesse isso como uma bandeira, ficaria mais fácil, e talvez não tivesse que ficar implorando para a mãe por no canguru.”

As respostas nesta categoria, com força de compartilhamento de 5,0%, na qual expressam as dificuldades de transição para a 2ª etapa do MC, revela, no olhar da equipe de enfermagem, que as mães iniciam a segunda etapa do MC bastante inseguras no cuidado, e com orientações deficientes para o manejo do RN e no MC.

Sabe-se que na segunda etapa do MC, as mães são estimuladas ao cuidado integral aos seus filhos, ao estímulo contínuo do aleitamento materno, e a praticada posição canguru pelo maior tempo possível. Este processo, além de propiciar o conhecimento mútuo entre mãe e filho, serve como um estágio de pré-alta aumentando a segurança materna em lidar com possíveis complicações do RN em domicílio (BRASIL, 2011a).

Spehar e Seidl (2013) confirmaram que o sucesso da segunda etapa do MC está diretamente relacionado aos laços estabelecidos na primeira etapa do método. Verificaram que as mães que realizavam rotineiramente a posição canguru na UTIN ou UCINCo, aumentaram o tempo de contato pele-a-pele durante a segunda etapa, e continuaram praticando a posição em domicílio. Aquelas mães, cujo incentivo ou

prática do posicionamento canguru foi pouco estimulado na primeira etapa, apresentaram tendência à diminuição tanto na segunda etapa quanto em domicílio.

Os autores observaram as mesmas dificuldades relatadas no DSC em relação ao aleitamento materno. As mães devido às condições clínicas do RN, não estimulavam a sucção no peito materno na primeira etapa, e quando iniciavam a segunda etapa apresentavam dificuldades geradoras de insegurança quanto à possibilidade do bebê não conseguir mamar, e angústia frente a deficiente sucção do bebê no peito, devido à sonolência ou demais reações. Angústia crescente a cada dia, pois o fato do RN não sugar efetivamente ao peito materno, implicava no distanciamento do momento da alta hospitalar, no entanto o uso de fórmulas e complementos era visto como 'necessário' em alguns momentos, achado discordante da presente pesquisa. (SPEHAR; SEIDL, 2013).

É esperada nos primeiros dias na UCINCa a insegurança materna para cuidar do filho com tantas especificidades como o RNPT, e justificada frente ao processo vivenciado por estes pais na gestação de um RN de risco, em seu processo de parturição, e na continuidade, durante todo o processo de internamento na UTIN.

Diante do DSC observa-se a necessidade de ampliar as orientações sobre o MC, desde o acolhimento do RN na UTIN até o momento de alta hospitalar. As informações devem ser realizadas de forma crescente e em linguagem acessível. O MC resgata o papel do Enfermeiro Educador, porém os profissionais de saúde devem estar atentos às individualidades tanto dos RN como maternas na realização do método, para não generalizar a participação da díade, e não comprometer seu seguimento na segunda e terceira etapas.

DSC4 – Categoria F: Dificuldade na Amamentação e Ordenha

“Então... eu tenho um bloqueio nessa parte de amamentação, de colocar o bebê para mamar no peito, não tenho paciência e não gosto. A dificuldade é com as mães logo que vão para lá (UCINCa), e não estão conseguindo esgotar bem o leite... certinho. Tem algumas que tem pouco leite, não conseguem daí elas ficam muito ansiosas, prejudica um pouco. Eu não tenho aquela prática para ordenhar. Não sei se é dificuldade ou não gosto. Acho que é porque não gosto mesmo! Eu fico ali um tempão, e sai duas gotinhas. Tem gente que pega e sai mesmo! Eu amo estar ali, até gosto de estimular (aleitamento materno), se o bebê precisa de um complemento, tento com luva, tento com tudo... se o bebê pega, vai maravilhoso, lindo, eu incentivo! Mas, ficar lá ajudando, colocando, esgotando, eu não gosto, não tenho paciência. Falta um pouco dessa parte, porque a gente joga para o Banco de Leite. Sendo que na verdade a gente tem que trabalhar a mãe e bebê juntos”.

A dificuldade em auxiliar no processo de aleitamento materno esteve presente em três discursos individuais, apresentando força de compartilhamento de 5%. No entanto, constata-se no DSC que as envolvidas não são contra o aleitamento materno, porém apresentam dificuldades na ordenha do leite, e afirmam não gostarem de realizar tal procedimento.

A dificuldade na ordenha atribuída pelas entrevistadas pode estar relacionada tanto ao fato de não terem sido capacitadas para a realização da técnica correta para a extração manual do leite, à baixa produção láctea, ou ainda, segundo Digirolamo *et al.* (2005), relacionada às crenças das entrevistadas, bem como, as suas vivências anteriores no processo de amamentação.

Esta dificuldade no auxílio à puérpera no cenário do estudo torna-se mais evidente quando as mães iniciam a segunda etapa do MC na UCINCa, e a condição de aleitamento materno torna-se fator determinante no processo de alta hospitalar, como já demonstrado no DSC anterior. Situação que pode gerar sentimento de frustração na mãe, por não conseguir amamentar, aumentar sua sensação de inaptidão para cuidar do filho prematuro; e no profissional, sentimento de frustração em não poder contribuir diante da dificuldade relatada nesse processo de pré-alta hospitalar.

Embora durante o processo de internamento do filho na UTIN a mãe seja estimulada a lactação e amamentação, os transtornos decorrentes desse período, associados aos longos períodos de internação do RN, e a demora no estímulo de sucção ao peito materno pelo RNPT e/ou BP devido às condições clínicas, acarretam em baixa produção láctea materna, e reflexos orais incompletos. Estas situações dificultam o aleitamento materno exclusivo, e exigem grandes esforços da mãe e da equipe de saúde em manter a amamentação (SCOCHI *et al.*, 2010).

Fujimori *et al.* (2010), ponderam que a amamentação nem sempre se concretiza como uma experiência positiva, mostrando-se muitas vezes como um fardo, pela obrigação, pela cobrança da sociedade, e pelos múltiplos papéis que a mulher desempenha como mãe e mulher.

Estudo realizado por Paiva *et al.* (2013), com mães de RNPT, mostrou que as informações recebidas pela equipe de saúde sobre aleitamento materno, principalmente equipe de enfermagem em todo o processo de internamento na UTIN, foram satisfatórias. No entanto, seus achados revelaram que o ato de amamentar, na percepção das mães, não é tarefa fácil, devido à quantidade de leite

diminuída o processo de ordenha do leite parece um castigo para algumas mães. Em contrapartida, apesar de julgarem a ordenha como exaustivas sentem-se satisfeitas em poder ofertar seu próprio leite ao filho, e participar do processo terapêutico, assim percebem-se menos excluídas.

O aleitamento materno exclusivo em pré-termos apesar dos crescentes esforços, principalmente com o advento do MC, ainda apresentam-se como um desafio. Parizzoto e Zorzi (2008) atribuem o desmame precoce ao RNPT às práticas inadequadas dos profissionais de saúde, somado aos fatores culturais, às próprias barreiras hospitalares, à imaturidade fisiológica e neurológica do RN, às condições maternas frente ao momento de internação.

Santana *et al.* (2010) apontam que os profissionais da saúde devem ser comunicadores, educadores, facilitadores e formadores de opinião, no entanto faz-se necessário investir nos profissionais e capacitá-los em suas necessidades.

Percebe-se no DSC um menor comprometimento com o aleitamento materno na presença de alguma dificuldade, seja esta relacionada à mãe, ao bebê ou mesmo a capacidade profissional, direcionando este cuidado ao banco de leite, já que esta instituição hospitalar pode contar com este serviço, disponível de segunda a sexta. Diante do exposto, verifica-se a necessidade em promover sensibilizações sobre o aleitamento materno e capacitações voltadas à técnica manual de ordenha, mesmo diante da facilidade de contar com o banco de leite.

DSC4 – Categoria G: Dificuldade na Promoção do Contato Pele-a-Pele

“Em alguns momentos sim, o pior são crianças com respirador e acesso venoso, um PICC ou até uma flebo (flebotomia) para colocar em posição canguru, ou mesmo no colo da mãe. Tenho receio de acontecer alguma coisa e ter prejuízo para criança, ter correria e não ter tempo hábil. Porque tem a mãe e a criança, são dois... você tem que ser ágil! Na verdade, é até um pouco medo da gente, pois as veias são tão sensíveis que só da mãe se mexer um pouco. meio errado, pode sair fora. A mãe nem sempre está adaptada a tomar aquele cuidado, de não puxar ou não bater no equipo. Se estiver com um acesso na cabeça, não tem como enrolar ou colocar alguma coisa para segurar aquela ‘veinha’, é um pouco de receio mesmo. Agora, no CPAP, ou quando a gente vê que é uma mãe realmente bem cuidadosa, ou o acesso está em algum lugar do corpo que dá para enrolar... aí é mais seguro”.

Com menor força de compartilhamento (3,2%), porém não menos importante, emergiu das respondentes a dificuldade de promoção do contato pele-a-pele na presença do uso de ventilação mecânica (VM), ou de acessos venosos.

Fato compreensível, pois se o manejo for incorreto, como retratado no DSC, pode acarretar em prejuízos ao RN, como extubação acidental, ou extrusão de cateteres venosos, gerando situações de emergência de atendimentos. Nestas situações a prática da posição canguru deverá ser interrompida, o RN será submetido a novos procedimentos dolorosos. Com esta memória, possivelmente, mãe e o profissional evitarão novas tentativas de posicionamento, e a tentativa de estabelecimento de vínculo pode ser prejudicada.

Frente ao exposto, entende-se o receio profissional retratado no discurso na condução da posição canguru em ventilação e com acesso venoso, requer segurança por quem o executa e por quem o recebe, neste caso os pais. Ressalta-se que ambas as situações requerem processos educativos práticos.

A prática em promover a posição canguru em RN sob VM depara-se como objeto de vários estudos, como já apresentado, no capítulo da revisão de literatura. Pesquisa evidencia que a VM não é fator impeditivo para a promoção do contato pele a pele, desde que sua realização aconteça sob monitorização e supervisão contínua (MADUREIRA; VELOSO, 2010).

Azevedo, David e Xavier (2011) avaliaram as respostas comportamentais do RNPT e/ou BP em uso da posição canguru sob VM, seus achados corroboraram com os autores acima, afirmando que a posição canguru pode ser realizada com segurança, e acrescentaram que esta estratégia favorece o desenvolvimento neurocomportamental, a partir da evidência de que a posição canguru induz ao sono profundo.

Conforme a diretriz de cuidado do MS (2014) a retirada do RN em VM para a posição canguru deve ser realizada sob prescrição médica, com o apoio de duas ou três pessoas, o RN deve ser mantido na posição por no mínimo uma hora, tempo para que se reorganize e atinja as benesses da posição (BRASIL, 2014b).

Conclui-se que o RN em VM necessita de uma avaliação minuciosa do enfermeiro, para ser colocado em posição canguru, o qual deve sempre discutir os riscos e benefícios desse procedimento junto à equipe médica. Concluindo sobre a pertinência do procedimento, o mesmo deve demonstrar segurança, conhecimento técnico-científico, e oferecer apoio à equipe multiprofissional na transferência do RN da incubadora para o contato materno ou paterno.

PERGUNTA 5 – Você quer fazer alguma sugestão para facilitar essas práticas humanizadas de cuidado no seu cotidiano de trabalho.

Na pergunta cinco foi oportunizado às entrevistadas realizarem sugestões que facilitassem a prática do MC, pergunta realizada com vistas a promover melhorias na condução do processo de trabalho.

Para a composição das categorias foram consideradas as IC semelhantes conforme quadro a seguir (QUADRO 8).

Categoria	Ideias Centrais
Promover melhorias organizacional/estrutural	Melhorar espaço físico para as mães; Prover recursos humano-materiais; Criar protocolos MC; Eleger profissional de referencia no MC; Proporcionar momentos de lazer na UCINCa;
Promover discussões e Educação em Serviço	Promover rodas de conversa/reuniões; Promover educação continuada; Participação do nível técnico nas discussões;
Intensificar a Supervisão do Cuidado	Supervisão da enfermeira nos cuidados do MC; Intensificar as cobranças; Melhorar o Incentivo para equipe; Incentivar a presença dos pais na UTIN; Incentivar os pais nos cuidados ao RNPT e/ou BP;
Intensificar orientações e incentivo aos pais no cuidado	Melhorar as orientações maternas sobre o MC; Realizar educação em saúde para as mães iniciarem a 2ª etapa com mais segurança.

QUADRO 8 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO EM CADA CATEGORIA – PERGUNTA 5
FONTE: A autora (2014)

Nota-se que a principal recomendação realizada pelas entrevistadas refere-se a *melhorias organizacionais e estruturais* na UTIN, com força de compartilhamento de 30,9%. Dentre todas as entrevistadas somente três não fizeram nenhuma recomendação (TABELA 5).

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO (n e %) DA CATEGORIZAÇÃO DO DSC EM RELAÇÃO À PERGUNTA 5*. UTIN/HC/UFPR, CURITIBA, PARANÁ, 2014.

CATEGORIAS	n	%
A Promover melhorias organizacional/estrutural	17	30,9
B Promover Educação em Serviço	13	23,7
C Intensificar a supervisão do cuidado	12	21,8
D Melhorar orientações e incentivo dos pais no cuidado	10	18,2
E Não apresenta sugestões	03	5,4
Total de Respostas	55	100,00

NTE: Qualiquantisoft®, 2014

NOTAS:*Você quer fazer alguma sugestão para facilitar essas práticas humanizadas de cuidado no seu cotidiano de trabalho

DSC5 – Categoria A: Promover Melhorias Organizacional/Estrutural

“Sugestões! Acho que teria bastante, mas nem todas são possíveis... Eu começaria apontando um local melhor para as mães, uma estrutura melhor para ficarem aqui é muito importante! Tem que melhorar o espaço físico, para a mãe fala:___ “eu quero ficar lá porque é bom estar lá”; e não ser um sacrifício ficar naquela cadeira. Ela vir passar o dia, dar 17h e ir embora; elas ganham alimentação, mas, não tem local apropriado para elas ficarem e descansar. É muito cansativo passar o dia todo ali, ordenhando o leite, e fazendo os cuidados. Se elas quisessem ficar a noite ou ficar de dia, elas iriam organizar o horário, para ficar aqui, sabendo que elas poderiam dormir. Eu já tinha dado uma ideia para o pessoal, mas dizem que não pode, é fazer aquela sala quatro, como se fosse uma sala de mãe canguru, mas ao invés de leitos, colocar cadeiras, poltronas em círculo. Se o bebê está apto a fazer canguru aí a mãe vai para lá, fica sentadinha, conversa com outras mães, interage. Se precisar de um oxigênio, coloco ela próxima de uma saída e ela fica ali. Também esta sala pode ser usada na hora de um procedimento, porque elas ficam com muita tensão, a gente “toca” as mães para fora da sala e elas ficam ali no corredor olhando, não precisa elas passar por isso. Eu já tinha dado essa ideia numa roda de conversa, esbarra na CCIH, porque as mães não são da mesma sala de cuidado. Mas, as mães já são orientadas a ficarem sós com os seus bebês, desde que não seja nenhuma restrição aérea, não tem porque não ficar, isso iria melhorar o nosso trabalho nas salas, não iam ficar empilhadas de mães, na verdade, olhando às vezes o que a gente está fazendo com o outro, acho que ia facilitar na hora das emergências... eu continuo nessa tecla que tem que ter um espaço para as mães... estrutura para as mães tem que ser melhorada. Ali na enfermaria canguru a dificuldade que a gente sente é a falta de pessoal, de equipamentos, mais é a falta de pessoal mesmo, tem que melhorar de forma geral. Teria que ficar uma pessoa permanente, mas é impossível! Tendo a enfermagem 24h dentro da sala canguru as mães poderiam ter o direito de sair, passar uma noite em casa, essa noite a criança é atendida pela enfermagem, e a mãe vai descansar. Não fica na pressão que vai ter que ficar ali 2-3 meses... Porque, se a criança vai com um peso muito baixo junto com mãe na sala canguru, é uma pressão muito grande sabendo que vai ficar ali, dia e noite, e que vai deixar o marido, filho lá em outro lugar e não vai poder sair. Vai receber visita do marido, do filho, da mãe e ela não pode sair? E o que acontece em outros lugares é isso, a mãe pode sair, ela fala: “___Essa noite eu vou para casa! “Se fosse mais tranquilo, com mais gente, você trabalharia mais tranquila... Teria mais tempo para dar essa atenção tanto para mãe quanto para o bebê, pois só o fato de ele estar chorando, chorando... se ficar um pouco com ele, ele já se acalma. Quando não tem tempo, você se desgasta e ‘benze’ o bebê aí, fica irritada, não tem tempo de ficar ali. Essa questão da reforma que ela seja feita de uma forma que vá facilitar e que as mães se sintam mais em casa, já que vai ser feita a reforma, que seja feita de uma forma que fique melhor vai mexer, já que é só uma porta que tem que ser aberta, então começar com essa porta para que vá ficando cada vez melhor,

vai arrumando. Melhorar a higiene da sala mãe canguru, orientar as mães para isso. A enfermagem canguru teria que ter uma enfermeira, não várias... A gente gostaria que de repente dissessem a 'fulana' é responsável pelo MC. Colocar a importância do porque isso ou aquilo... Então, conversa com a sua equipe: ___Meninas o que vocês acham de a gente fazer isso, ou aquilo... vamos montar uma atividade para a mãe, vocês me ajudam? Assim teria mais liberdade. Outra coisa que eu acho importante é se elas tivessem alguma atividade que iria ocupar o tempo delas, pois só a televisão não é suficiente. Algum lazer, de repente até um bordado, uma decoração com o nome do seu bebê, eu acho que com isso elas não ficariam muito focadas. Quando eu estou ali com elas, trocamos receitas, eu sinto que elas precisam preencher aquele espaço quando os bebês estão dormindo, e o bebê precisa daquele momento do soninho, eu sei também que elas descansam, mas muitas dizem que não conseguem dormir durante o dia, então acho que seria legal. Outra coisa é o acompanhamento da terceira etapa, nós da enfermagem não sabemos nada o que acontece com o bebê, porque não tem nenhuma enfermeira que acompanhe esse pós-alta do bebê, ele vai para casa depois acabou... Vem a medica e a gente pergunta aí nos respondem: ___Fulano está assim. Acho que a gente tem que saber como o bebê está indo nessa terceira fase do método, a gente trabalha a primeira fase, trabalha a segunda fase e não fica sabendo nada do bebê! Sei lá, tem bastante coisa para melhorar! Outra coisa, muito importante, seria a equipe falar a mesma língua, todos estar cientes do que é o método canguru. Porque eu vou e falo de uma forma, a colega vai e passa de outra forma, então a sugestão seria essa, que todos falassem a mesma língua! Todo mundo fala diferente, e todo mundo faz diferente, então isso acaba não dando certo... a gente tem algumas dificuldades com as mães. Aqui tem duas enfermeiras que pensam diferente, são diferentes. Seria interessante todas participarem, mas ter uma responsável, direcionar. Mais ou menos como ocorre com as visitas, se hoje você está responsável por receber as visitas, então você sabe que é um compromisso teu naquele plantão. Hoje você está no canguru é um compromisso teu, tem que se preparar. Eu acho que iria ter um melhor resultado. Precisa montar o POP e deixá-lo a mostra. Isso que você vai fazer de montar esse fluxograma, isso é bom, lógico não deixar uma coisa 100% inflexível (não pode de jeito nenhum), porque aí a gente vai judiar das mães, mas com relação a colocar no peito, que horário, que tempo, vamos tratar fissuras... nós começamos ter a mesma linguagem. Outra sugestão seria não ir com medicação lá para enfermagem canguru. E a gente deveria de ter o pessoal do banco de leite mais com a gente aqui atuando aqui dentro, porque nem sempre a gente pode colocar o bebê, e nem sempre a gente pode ficar ali do lado. Agora está calmo, mas quando a UTI está lotada? Como a gente vai ficar em cima de uma criança ensinando ela a mamar, e eu não tenho prática nisso, não sei fazer pegar se a mãe não tem bico. Não sei como agir, não sei como fazer. Agora a gente tem a ajuda da fono, com ela melhorou muito, agora se eu vejo que o bebê não mama, eu já ligo para ela, e peço pra vir, ela já sobe, já vem... Está sendo bem bom para nós nessa parte da amamentação. Nossos copinhos de leite não são legais, o de vidro é o ideal para a mãe esgotar, fazer a ordenha do leite e incentivar mesmo porque o leite da mãe para o neném é o ideal. Aqui nós incentivamos pouco, a mãe fala que o leite secou e não é incentivado, já vai pegando outro leite tem que incentivar mais o leite materno. E se tivesse também como a gente tem na FAR (Folha de Alto Risco – de registros), o horário, o decúbito do RN, se fez posição canguru fica fácil de visualizar, porque às vezes a pessoa fica com preguiça de escrever. Eu gosto de escrever... fica relatado, mas se tivesse uma coisa mais prática ao invés de escrever. A faixa (para a posição canguru) deixa um pouco a desejar, para o bebê perfeito, para as mães não está sendo confortável porque tem queixa de dor nas costas, sugestão é a troca de faixa que seria até meio de emergência. por que os dois devem estar bem confortáveis! E eu penso que vai mudar muita coisa se quisermos que o Canguru dê certo então vamos trabalhar todos juntos. Nós deveríamos fazer como no exército: se unir. No exercito é assim: se um está doente estão todos ali.

Verifica-se no discurso acima um olhar humanizado das entrevistadas no cuidado com as mães, a preocupação com o bem estar físico, psíquico e emocional das mesmas durante a permanência na UTIN e UCINCa, mesmo com os relatos de dificuldades no processo relacional entre as mães e equipe de enfermagem.

Constatam-se, com força de compartilhamento de 30,9%, que os problemas relacionados à organização e estruturação do serviço são os que mais interferem

para a melhoria do processo de trabalho, em específico para a condução do MC no cenário do estudo.

Dentre todas as sugestões realizadas pelas depoentes, a necessidade em melhorar a estrutura física da unidade emerge como medida a propiciar maior conforto materno, e assim atrair as mães para uma maior permanência diária na UTIN, buscando a participação ativa no processo terapêutico ao filho internado.

O espaço físico restrito pode configurar um obstáculo para a promoção do processo de humanização em UTIN. Vale lembrar que a Cartilha de Ambiência hospitalar, do MS, identifica que o espaço físico deve servir como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional, favorecendo o atendimento acolhedor, resolutivo e humanizado, bem como a otimização de recursos (BRASIL, 2004b).

Como enfermeira da unidade de pesquisa, constato que a admissão de novos pacientes, encontra-se além da oferta oficial de leitos, acarretando frequente superlotação, apesar das benfeitorias e otimizações dos espaços de adequação da nova UCINCa. Os espaços entre as incubadoras não atendem ao preconizado nas normas do MS, situação que dificulta o processo de trabalho dos profissionais e a promoção do conforto adequado às mães participantes da primeira etapa do MC na UTIN, e na UCINCo. Cenário talvez não diverso de outras realidades de UTIN na rede do SUS.

Recente revisão integrativa sobre a percepção dos profissionais em relação à implantação do MC no Brasil retratou resultados semelhantes aos encontrados nesse estudo, apontam a estrutura física inadequada (37%) como uma das maiores fragilidades na implantação e condução do MC, visto que a implantação das três etapas do método requer adaptações físicas nos serviços, e isso implica em incansáveis discussões, planejamentos financeiros, e principalmente aceitação dos gestores envolvidos (FREIRE *et al.*, 2014). Souza e Ferreira (2010), também avaliam a estrutura de restrição dos espaços físicos das UTIN como dificultadoras no processo de humanização.

Recomendação proposta pelas entrevistadas já atendida foi a criação de um espaço para o repouso materno, durante o período de permanência das mães no cuidado ao filho (a) internado na UTIN, durante a 1ª etapa do MC. Hoje são disponibilizadas as mães três leitos chamados de “Hotelzinho”, localizados dois andares acima da UTIN na unidade de Ginecologia, no mesmo complexo da UMRN. A concepção deste espaço intenta ampliar as condições de conforto, para que as

mães permaneçam o maior tempo possível próximas e com o bebê, participando dos cuidados, realizando a posição canguru e aleitamento materno.

Estes leitos são preferencialmente destinados às mães que residem em outra cidade, mas podem ser utilizados por todas aquelas mães participantes do cuidado ao RN na UTIN, no período diurno ou noturno. Solução esta que tem gerado alguns contratempos pela perda de três leitos na Ginecologia, e pela dificuldade de orientação da rotina hospitalar a esta mãe (de responsabilidade da equipe da UTIN), e também pela dinâmica deste setor ser diversa da UTIN. É conveniente que seja discutida a possibilidade de uma casa de apoio para esta clientela.

Ainda como sugestão das participantes, há necessidade de rever a permanência ininterrupta da mãe na UCINCa, uma vez que em outros centros onde existe o MC as mães podem sair da Enfermaria Canguru, e dormir uma noite em casa, com retorno no dia seguinte, como medida de diminuição do estresse. Percebeu-se a preocupação com o conforto psíquico e emocional das mães, e a apropriação do cuidar humanizado estendido a família.

No entanto, esta UTIN viabiliza a saída da mãe desde que pré-acordada com a enfermeira da unidade, este fato parece ser desconhecido por alguns membros da equipe de enfermagem. Talvez isso não fosse, na época da coleta dos dados, da compreensão de todos os funcionários, pois devido à falta de pessoal, e de supervisão de enfermagem 24h, contínua, contrariando a recomendação do método, as orientações sobre possíveis saídas não eram enfatizadas e nem tão pouco incentivadas pelas enfermeiras.

A falta de recursos humanos nas UTIN é uma realidade vivenciada por diversos serviços. Souza e Ferreira (2010) verificaram que o déficit de funcionários na UTIN, sobretudo na enfermagem, prejudica a qualidade e acarreta sobrecarga de trabalho, restringindo a atuação profissional no cuidado ao RN, ficando a interação familiar em segundo plano.

Freire *et al.* (2014), constataram que a escassez de recursos humanos, recursos materiais, dificuldade em modificar estruturas físicas, e falta de apoio institucional aparecem como grandes obstáculos para a implantação e desenvolvimento do MC.

Salienta-se que, atualmente, confrontando o DSC proferido, com as novas readequações em relação ao MC, a UCINCa raramente não dispõe de enfermagem 24h, as saídas maternas são incentivadas pela equipe de enfermagem, e essa

ocorrência encontra-se cada vez mais frequente. Importante também ressaltar que muitas vezes as mães sentem-se angustiadas em permanecer longe de casa por períodos prolongados, deprimidas, choram diariamente, mas, quando lhes é apresentada a possibilidade de passar um dia em casa, recusam-se prontamente, pois entendem que estariam abandonando seus filhos.

Essa postura materna é compreendida quando comparada aos achados de Araújo e Rodrigues (2010b), que confirmaram ser o motivo maior das mães permanecerem em Alojamentos Conjuntos acompanhando seus filhos de UTIN, está fortemente ligado ao cumprimento do papel de mãe socialmente construído.

As falas remetem à confirmação de que a rotina em UTIN é permeada por um trabalho cansativo física e emocionalmente, e a diminuição no quantitativo de recursos humanos necessários, que podem ser decorrentes de faltas, afastamentos para tratamento de saúde, férias, por não contratação do déficit, como é o caso do cenário do estudo, reflete na exaustão, na frustração profissional por não poder atender o RN em suas necessidades, podendo culminar e contribuir para a realização de um trabalho mecânico.

Essa inquietação aparece no DSC quando se referem à dificuldade em auxiliar a mãe no aleitamento materno quando a unidade encontra-se lotada, pois esta atividade demanda tempo de cuidado. Como já relatado em discurso anterior, algumas profissionais afirmaram que não gostam e sentem-se despreparadas para auxiliar na ordenha e no aleitamento materno. No entanto, nesse discurso percebe-se um incomodo com o despreparo real, e principalmente em não poder dar atenção à mãe no momento da amamentação, mantendo a sugestão de parceria da atuação do banco de leite na UTIN.

Rotineiramente as mães são orientadas a procurar o banco de leite e o fazem. Mas, as profissionais entrevistadas verbalizaram a necessidade e a intenção em ter a ajuda das *expertises* da ordenha, no momento em que as mães estivessem iniciando a amamentação junto ao filho na UTIN, probabilidade esta que nunca foi discutida. O método canguru tem que extrapolar a UTIN e ser incorporado na UMRN como afirma Tanaka (TANAKA, 2013).

Outra recomendação sinalizada pelas entrevistadas remete a falta de atividades manuais, de lazer, entretenimento que envolva as mães na UCINCa, e promova momentos de descontração. As atividades com as mães são estratégias importantes para utilização de períodos de tempo desocupados, para ocupar suas

mentes e pensamentos, para descontrair, e conseqüentemente contribuem para minimizar os momentos de tristezas, de dor e sofrimento. A proximidade entre a mãe e um profissional que estimule o desenvolvimento de atividades, promove um momento de escuta ativa, e reforça o vínculo e segurança materna na equipe de saúde. Atualmente o serviço encontra-se desprovido desta possibilidade, que era realizada por residentes de terapia ocupacional.

Outra sugestão para melhorar as práticas do MC na UTIN refere-se à uniformização das orientações e das ações que envolvem o cuidado à mãe e ao RN, fica evidenciada mais uma vez pelo DSC a falta de uma linguagem única entre os profissionais, como causa frequente de desconforto interpessoal, implicando em de credibilidade entre a equipe, e por parte das mães, pais e familiares.

Peres *et al.* (2011), apontam que embora os profissionais tenham os mesmos objetivos na execução das ações, as diferenças pessoais, bem como, a adaptação ao modo de ser e de agir do outro, atrapalham o estabelecimento das relações interpessoais e interferem na forma como a equipe se organiza repercutindo em seu trabalho.

Assinalam ainda, que a dificuldade em manter uma linguagem padronizada reflete a maneira como a equipe está organizada e estruturada. Quando não ocorre uma articulação entre os saberes dos profissionais, e a atuação se dá em paralelo, cada membro realizando seu trabalho a sua maneira, acarreta na desagregação da equipe e a perda da potencialidade para o sucesso no alcance dos objetivos (PERES *et al.*, 2011).

Salienta-se que a necessidade em padronizar as ações do MC, advinda de sua percepção durante a realização de suas atividades no cotidiano de seu trabalho, já era sinalizada pela pesquisadora. Com o resultado das respostas das entrevistadas verificou-se também a expectativa das participantes quanto à elaboração dos algoritmos, e confirmou-se a necessidade da sistematização das ações que envolvem o MC.

Compondo a categoria de melhoria organizacional/estrutural, aparecem ainda sugestões na reestruturação da Folha de Alto Risco (FAR), que já está sendo discutida e readaptada. As faixas para acomodação do RN na posição canguru estão sendo substituídas por outras que proporcione maior conforto as mães. Os copos para a oferta dos leites não são adequados para o aquecimento e manipulação, essa problemática vem sendo discutida há mais de três anos entre

equipe da UTIN, gestores, banco de leite e CCIH, e ainda não houve consenso para a substituição ou mudança operacional.

Percebem-se pela quantidade de apontamentos, que as profissionais da equipe de enfermagem estão atentas as fragilidades na condução do processo de trabalho na UTIN, e mostraram-se motivadas para o fortalecimento do MC no cenário do estudo.

DSC5 – Categoria B: Promover Educação em Serviço

“Eu acredito que para melhorar esse método canguru, tem que ter a participação de todo mundo. A equipe precisa estar mais preparada a incentivar o método; esse momento de escutar o profissional é muito importante! Eu acho que promover conversas com os profissionais, realizar reuniões, falar com todos, e perguntar sugestões antes até de tomar algumas posturas, é o que precisa. está faltando! A gente está na prática e na linha de frente. Às vezes falta vir perguntar para nós: O que acham? Na teoria fica muito bonito, mas na hora que a gente tem que colocar tudo na prática... então falta isso, conversar, e não chegar e falar. Porque quando vem para nós as regras, vem como imposição. A partir de agora é assim! Da mesma forma que é feita na quinta-feira a reunião com as mães, com a assistente social, que antes tinha com as psiquiatras, seria uma coisa legal promover entre a equipe. Fazer uma mesa redonda, conversar mais com a equipe. Essas rodas de conversa como tiveram agora na visita (MS) isso é uma coisa que tem que ter sempre, com frequência, e não só sobre o canguru, mas também sobre outros assuntos, não podem ser esquecidas. Não precisa ser uma coisa formal, Ah! lá na sala mesmo, vamos falar sobre isso! Se tiver dúvida, vamos perguntar colocar como está sendo feito isso, como está sendo feito aquilo, do contrário se estou fazendo alguma coisa errada, e vou fazendo... e aquilo acaba se tornando o normal. Não sei como isso poderia ser possível, uma vez por mês? Não sei? Não precisa também ser aqui dentro, vamos nos reunir, podemos fazer um lanche e conversar sobre tal assunto em outro lugar. Ou que seja aqui dentro do hospital. Isso só iria agregar, entendeu? Não ficar aquela coisa assim... só de achismos, ou comentários, às vezes você, falando, um coloca para o outro a experiência, ou que já teve uma dificuldade, aprende a ouvir. Então, de repente você começa a rever algumas coisas, e chega-se a uma conclusão: Vou fazer isso certo! Ou mesmo que seja apontado que várias pessoas estão fazendo de tal forma e isso não é correto, isso não vai melhorar em nada para o bebê, é muito legal, ter esse contato de equipe, ter reuniões esporádicas, quinzenais... A gente deveria ter mais treinamento, porque só o curso não basta, é muito bonito ir ao curso, tem um café maravilhoso... e acabou ali? Curso não é uma vez por ano... eu fiz um curso já faz dois anos... você esquece, as coisas vão sendo perdidas, acabam virando rotina, não é com uma aula que você vai aprender a fazer tudo. Na vida corrida não lembro o que comi ontem... eu vou lembrar a apostila? Sei que ela está lá para ser estudada, a gente tem que voltar a ler mais. Às vezes os pais fazem perguntas que não são corriqueiras do dia a dia, e você se perde um pouco, tem que estar sempre preparada mesmo, botando em prática e ler. Esse ‘cronograma’ que você vai fazer acho bem importante, porque é o passo a passo, pois pintou dúvida você olha ali e você já tem esclarecimento, isso aí achei bem bacana mesmo. A gente precisa de mais treinamentos, mais orientação, deveria de ter sempre umas atualizações, não uma, duas vezes por ano, hoje não tem assim um trabalho de educação continuada, a gente até teve um tempo atrás... é muito bom! Por que não trocar o bebê na lateral? São coisas que você esquece e acho que você sabendo a importância, o porquê disso ou daquilo, você vai fazer obviamente, né? A educação continuada seria o ideal. Isso de fazer reunião... as pessoas (enfermeiras) tinham que estar mais ativas em questão de reuniões, não deixar esfriar, sempre cutucando, sempre falando, porque não é para gente, não é para a mãe, é para o bebê. Nosso trabalho é esse, é cuidar deles, é fazer com que eles saiam daqui menos lesionados possíveis, e se a gente sabe que o método vai trazer esse benefício para ele, a gente tem que ser mais participativa mesmo. Saber que um movimento mais brusco pode causar hemorragia cerebral... Ah! Eu faço muita coisa que está aqui, mas é porque eu corro atrás, e tenho força de vontade, às vezes da vontade de parar no meio do caminho... E acho que muitas vezes a gente fica esquecida mesmo, aí quando vem alguém mostrar a sala (UCINCa) aí corre e arruma... As coisas não são bem assim... isso é errado! A equipe está mais fechada

(reservada), esses embates aí que dificultam o trabalho, mas a gente quer que o método dê certo. Essa parte de educação continuada mesmo é que está falhando. Todos falando igual, colocar o método em prática e com boa técnica, tem diferença! Acho que fica mais personalizado. “Até mesmo essa família, essa mãe, vai se sentir mais segura, porque vai ver todo mundo falando a mesma linguagem”.

Das 55 ECH que emergiram das respostas das entrevistadas para o tema recomendações, a categoria *Promover Educação em Serviço* aparece em segundo lugar, como a categoria mais lembrada, com 23,7% de força de compartilhamento.

O DSC deixa claro o quanto à equipe de enfermagem encontra-se fragilizada, carente de escuta, de processos educativos, e desarticulada do processo decisório na UTIN. Parece contraditório, uma vez que trabalhar com MC significa promoção contínua da Educação em Saúde, através da inserção e preparo dos pais para o cuidado, e tomada de decisão multiprofissional.

O processo decisório apresenta diferentes características dependentes do modelo gerencial implantado. Embora a tendência sinalize para modelos gerenciais participativos, o que se verifica na maioria dos serviços de saúde é o modelo clássico da administração, concentrando as decisões na cúpula administrativa, sem participação dos funcionários no processo decisório (PERES *et al.* 2011).

Foi intensamente expressa a vontade do fortalecimento do MC no cenário do estudo, porém para que esse fortalecimento aconteça é necessária a participação de todos os envolvidos nos cuidados ao RN. Como já fora mencionado anteriormente, o sucesso do MC está condicionado aos executores das ações, e a equipe de enfermagem são as pessoas mais próximas ao RN e família, imprescindíveis para o desenvolvimento da metodologia (SANTANA *et al.*, 2013).

Também presente no discurso, e já relatado no Método, os profissionais de enfermagem foram capacitados, há mais de dois anos, com o curso de 30h do MC, alguns, há mais de cinco anos. Posteriormente ao curso, não houve mais sensibilizações temporais, como preconiza o MS, e como relatado as ações acabam se perdendo quando não há apropriação dos benefícios e uma cobrança por parte das enfermeiras.

Consideram-se os diversos fatores que interferem no processo de trabalho da enfermagem, como: forte carga física e emocional, longas jornadas de trabalho, horários de trabalhos atípicos, falta de motivação, falta de autonomia, insuficiência de funcionários. Neste sentido, são reconhecidas as necessidades de reuniões e escutas frequentes, de trocas de experiência, de ações educativas como realidade

cotidiana dessa categoria, e principalmente para minimizar os desgastes impostos pelas intensas rotinas, e melhoria da motivação dos profissionais para o trabalho (SARDINHA *et al.*, 2013).

Percebe-se ao longo deste estudo a complexidade em trabalhar com o MC, a aplicação da metodologia exige muito mais que capacitação e adoção de rotinas, fazem-se necessários processos de educação permanente e sensibilização contínua de todos os profissionais de saúde que cuidam dos RNPT e/ou BP (VERAS; TRAVERSO-YEPEZ, 2011).

Estudo realizado por Montanholi, Merighi e Jesus (2011), com o objetivo de compreender a experiência de enfermeiras atuantes em UTIN, revelou, assim como neste estudo, que a sobrecarga de trabalho condicionada a inadequada relação numérica profissional/RN, impede muitas vezes de realizar e participar de treinamentos, o que julgam importantes para os processos de melhorias e qualidade dos cuidados prestados.

Conforme se pode verificar através dos dados sócios demográficos, os profissionais participantes deste estudo trabalham com neonatologia há mais de 10 anos, e uma grande maioria há mais de 20 anos. Com a inserção do MC e participação da família, conforme encontrado nos estudo de Veras e Travesso-Yeppez (2011), esses profissionais não possuíam habilidades e não receberam o devido suporte para o trabalho materno-infantil.

Trabalhar com a presença da mãe e demais familiares na UTIN é além de uma necessidade, um avanço no cuidado humanizado, também um desafio, considerando que não foram oferecidos aos servidores da UTIN, treinamentos, promoção de discussões, participações ativas nos processos de implantação do MC, o que dificulta a aceitação por parte da equipe.

O processo de educação em serviço qualifica o trabalho de enfermagem, valoriza o profissional, e apresenta-se como um instrumento imprescindível, visto que contribui para um cuidar comprometido, competente, alicerçado em conhecimentos teóricos (JACONDINO *et al.*, 2010).

Corroborando com esta ideia, Montanholi, Merighi e Jesus (2011), salientam que para o profissional apresentar uma boa qualidade técnica na oferta dos seus cuidados respeitando as individualidades do RN e familiares, faz-se necessário uma padronização dos cuidados, e educação permanente presente no serviço.

DSC5 – Categoria C: Intensificar a Supervisão do Cuidado

“Sugestão”... se é uma coisa que tem que ser feito, e está dentro de uma norma, protocolo, e isso tem que ser obedecido, então a gente tem que fazer acontecer, mas tem que ter no caso as chefias dizendo: __Olha não é bem dessa forma que você está fazendo! Mesmo que haja as diferenças, pois nunca vai ser 100%, mas pelo menos da ação que a gente vai ter que desenvolver com essa mãe. Em todas as fases a gente tem que estar mais uniforme e isso não estão acontecendo. Acredito que alguém que lidere mesmo, e que chegue lembrando, uma liderança forte e que cobre para que isso seja aplicado, que passe a ser mais comum, e que comece a fazer daquele jeito, até virar rotina, virar rotina, virar rotina. Deveria ter uma supervisão mais direta, assim, em todos os sentidos de cuidado. A sonda gatinho eu falho... mas se é só a sonda gatinho que pode, exceto em bebês entubados, então todo mundo vai fazer, mas tem que ter uma liderança que cobre. Até o banho enroladinho, tem que virar rotina, aí o povo segue. Eu já falei para nossas enfermeiras, eu nunca vou ficar brava por me chamar atenção e dizer não é assim. Eu acho que tem uma enfermeira que vestiu a camisa, pois as outras deixam as coisas passar, mas eu já vi ‘ir de dedo e falar para fulana’: __Isso não pode! Sinto falta de uma cobrança, isso é importante, enfermeira é uma liderança, ela tem que estar ali, ela é chefe e tem que obedecer se não o hospital ‘vai para o saco’. Teria que ser uma coisa mais cobrada de todos, porque eu escuto: __ Ah, eu não gosto! E eu não vou fazer... eu não me dou bem no canguru, não me ponha lá naquela sala! Como se o canguru fosse só esta sala. Parece assim... só funciona a segunda etapa! Na primeira não é assim, eu gosto ou não gosto, eu até consigo entender a pessoa não gostar de ficar nessa sala (UCINCa), mas tudo bem, se escolher não ficar lá. Essa recepção dos pais, não querer que os pais fiquem essa resistência em não por o bebê no canguru, ficar evitando, ele não estando no CPAP ou no respirador, acho que se tivesse uma regra... é a regra! Sei lá... tem tanta coisa que tem que melhorar, por ser uma UTIN acho bem movimentada. A gente vê (ouvi) muito sobre o manuseio mínimo, mas é impossível, né? Eu acho que ainda tem muita conversa. Tem que intensificar o horário do soninho que já se perdeu na unidade. No começo depois do curso você via todos fazendo horário do soninho, agora já não vê mais esse respeito pelo horário do sono. Está todo mundo fazendo, mexendo e acontecendo, entrando e mexendo nos bebês, nos três turnos, a noite se faz mais, mas de dia eu não vejo mais essa continuidade. Tem que incentivar mais a equipe. Tem que começar a colocar mais os bebês em canguru, na primeira etapa, e também uma cobrança maior das enfermeiras. O pessoal tem que ter consciência de tudo isso que é passado e começar a fazer como está no método. “É questão de melhorar tudo que a gente já viu, aprendeu, e por mais em prática, a gente já está por dentro, mas tem algumas coisas que precisam se melhoradas”.

A categoria *Intensificar a supervisão do cuidado* apresentou força de compartilhamento de 21,8% dentre as recomendações sugeridas pelas participantes em relação ao MC.

Percebe-se com intensidade no DSC que a equipe de enfermagem encontra-se carente da referência do profissional Enfermeiro. Verifica-se que o papel de Líder, de Supervisor, de Educador, de Coordenador do Enfermeiro encontra-se comprometido nesta unidade. Talvez esse fato se justifique a constante escassez de recursos humanos sofrida por este hospital nos últimos anos, que culminou na necessidade da Enfermeira assumir os cuidados integrais ao RNTP e/ou BP, igualmente aos técnicos e auxiliares de enfermagem, prejudicando a supervisão do cuidado, que acaba por afetar todo um processo de trabalho e qualidade do serviço.

Conforme os achados de Montanholi, Merighi e Jesus (2011), o ideal seria que a UTIN tivesse uma equipe de Enfermeiros, que assumissem os cuidados aos

RN de maior complexidade, a fim de satisfazer as necessidades dos RN e dos familiares, como preconiza o art. 11 da Lei nº 7.498/86, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem. A mesma dispõe que cabe privativamente ao enfermeiro o cuidado direto de enfermagem a pacientes graves e com risco devido, cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, que exijam conhecimentos de base científica, e capacidade de tomar decisões imediatas. Porém, a realidade de grande parte dos hospitais reflete em UTIN superlotadas, com enfermeiros com sobrecarga de trabalho, muitas vezes destituídos de suas funções (MONTANHOLI; MERIGUI; JESUS, 2011).

Segundo Silveira, Stipp e Mattos (2014), o papel do Enfermeiro como liderança grupal é fundamental para efetividade na organização e condução dos processos de trabalho. Adverte ainda, que a equipe é reflexa de sua liderança, e sem uma liderança sólida, a equipe perde o foco, podendo gerar conflitos entre os membros.

A motivação para trabalho, para os desafios de mudanças está intimamente relacionada à interação líder/ seguidor, e a eficácia do líder com a forma positiva como é vista pela equipe (LOPES *et al.*, 2008).

Percebe-se no DSC que a equipe pede reiteradamente por cobranças hierárquicas, para que as ações do MC passem a fazer parte das rotinas diárias de cuidado ao RNPT e/ou BP. Mas, esta colocação é contraditória, como todo discurso e atos humanos mediante circunstâncias dinâmicas, às respostas com relação à compreensão do significado das ações do MC, que foram afirmados pelos respondentes como conhecidos e valiosos. Presume-se que, a partir da apreensão do valor do cuidado MC e de sua importância, a cobrança deveria ser tomada como uma atitude secundária, e não condicionante para a sua execução (MINAYO, 2012).

Por outro lado, a cobrança expressa no discurso também pode ser entendida como uma correção em relação aos cuidados da maneira como são preconizados pelo MC, e justificada por não haver uma uniformidade nas orientações e nas execuções práticas. Dessa forma, salienta-se a necessidade premente em criar protocolos que conduzam os profissionais que cuidam do RNPT a uma linguagem padrão.

DSC5 – Categoria D: Melhorar as Orientações e Incentivo dos Pais no Cuidado

“Sugestão... o que eu vou dizer para você... Eu acho que as mães têm que ficar mais tempo aqui dentro da UTIN. As mães ficam pouco, e elas têm o direito de ficar 24h. Tem mãe que fica o dia todo sem vir. Tem mãe que fica uma hora e vai embora, 50% das mães que vêm e passam o dia todo, daí fica meio complicado... Acho que as mães têm dificuldade em passar o dia aqui, elas vêm fazer visita, a maioria das mães, não todas. A mãe chega e quer pegar o bebê, fazer o MC, por na posição, e ele acabou de dormir. A gente tem que priorizar o sono dessa criança, aí fica uma coisa desagradável. Aí a mãe fala: Eu queria fazer, mas a enfermeira não deixou! Não... que não deixou... a hora que ela queria fazer a posição canguru ele estava dormindo, e para ele o sono é prioridade! Elas têm que conhecer mais sobre o método mesmo, as vantagens tanto para ela como para o bebê principalmente, ou quem sabe essas mães de risco do pré-natal que já sabem que o bebê vai vir antes, já deve ser trabalhada essa ideia. Acho que mãe precisa saber mais disso e nós também precisamos saber mais, muito mais. Outra sugestão é que a gente de mais espaço para mãe, para ela poder pegar mais no bebê, poder fazer mais e a gente estar ali para observar, geralmente a gente quer que o bebê seja da gente, da enfermagem. Elas mesmas poderiam esgotar o leite e dar o leite pela sonda, mesmo por gavagem, é uma coisa que eu vi lá e acho que aqui a gente pode fazer, é um cuidado a mais para ela. E tem muita gente que não gosta da presença dos pais, certo que tem pais que tiram a gente do sério, acho que a gente tinha que respeitara gente está aqui como trabalhadora, mas se estivesse com filho aqui a gente queria que fosse diferente, queria ser tratado diferente, eu acho que todos nós tínhamos que mudar, é uma ou outra pessoa que aceita os pais dentro da sala, acho que tinha que ter um vínculo melhor com eles, conversar. Acho que uma sugestão talvez seja quando tem pai posando aqui... não sou contra, mas também não sou a favor... depende da situação de cada bebê. Privar o pai de ficar aqui porque ele está passando do limite com algumas coisas, aí tudo bem, mas um pai comportado que fica junto com o bebê o tempo todo, aí eu acho diferente acho que tem que melhorar nesse sentido. Eu acho legal fazer uns vídeos para as mães, naquelas reuniões com a assistente social, falar mais sobre o método falta orientação para as mães, e para nós porque muita coisa você esquece, se não usa no dia-a-dia acaba esquecendo. A mãe tem que ir (UCINCa) consciente que ela tem que fazer o pele a pele, tem que fazer todas as coisinhas. Quando o bebê for para segunda etapa ele já tem que ir mamando, porque chega lá daí fica: Você tem que amamentar, tem que amamentar! A mãe fica doida. Endoidece! E nada de ir com antibiótico, oxigênio, isso não é canguru! No canguru ela tem que ter o momento dela, que a enfermagem possa ficar lá umas duas horas para ela poder sair lá fora. As mães se sentem um pouco pressionadas quando vão para o quarto canguru. Agora tudo ela tem que fazer, e se a criança perde 5g ela entra em desespero, fica deprimida, porque não pode ir de alta. E não é só isso acho que aqui tem muito que conversar e ensinar a mãe. Ah! Perdeu 5g não fique desesperada. Aqui levam muito a sério isso que se perdeu 5g não vai de alta. Vem ganhando a não sei quantos dias, mas perdeu hoje, então não vai, é uma coisa que com o tempo dá para conversar e evoluir. Acho que iriam ficar mais tranquilas porque não teria aquela pressão de perder peso, perder peso. Olha a sugestão é essa que se tivesse uma pessoa, pelo menos em cada turno, que fizesse reuniões, palestras com essas mães, porque quando a mãe vai para o canguru, a gente observa que ela tem muita dúvida ainda, elas estão indo muito inseguras, e quando chegam lá elas tem medo de que aconteça alguma coisa com o bebê. Acho que tem que ter uma forma de preparar melhor elas para ir para a enfermaria canguru. Então, se tivesse uma pessoa, só uma pessoa não precisava de muito, mas que viesse a tarde, de manhã, um horário para ela vir fazer essa palestra, orientação com essas mães que vão para o Canguru, esse acompanhamento porque elas vão para lá nem sempre elas estão bem orientadas, entendeu? Para ir para lá, bem orientadinhas, acho que seria melhor para elas, e para a equipe, às vezes a gente vai para o canguru e pergunta certas coisas e elas não sabem. Por exemplo, quantas vezes não sei se você sabe me responder que elas tem que colocar o bebê em canguru, na posição por dia? A mãe tem que ir para o canguru mais orientada, e mais segura. Eu acho que aqui nós estamos engatinhando muito...”

Como última recomendação do estudo, referida por 10 entrevistadas e com força de compartilhamento de 18,2%, elegeu-se a categoria *Melhorar as Orientações e Incentivo dos Pais no Cuidado*.

O discurso acima se revela contraditório, como mencionado anteriormente, ora retrata a necessidade de maior permanência dos pais na UTIN para que aprendam a cuidar do seu filho recém-nascido e levá-los com segurança para casa, ora percebe-se uma não aceitação da presença dos mesmos.

Na visão das entrevistadas existe no cenário de estudo, pouca orientação materna sobre a metodologia canguru, o que tem culminado na baixa adesão as ações preconizadas pelo Método, e despreparo materno em iniciar a 2ª etapa. Acreditam que se fossem intensificadas as orientações desde o início do internamento, ou até antes, no pré-natal, e se existisse um processo de educação em saúde para as mães, demonstrando os benefícios dessa prática de cuidar ao RN e família, utilizando-se de recursos audiovisuais, palestras, reuniões, não haveria a necessidade de convencer a mãe a praticar o contato pele-a-pele, isso deveria ser uma rotina institucionalizada na UCINCa.

Esses achados estão sustentados na literatura de Blomqvist e Niquvist (2011), em estudo sueco sobre percepções das mães do uso contínuo do MC. As mesmas avaliaram o uso da metodologia como predominantemente positiva, entretanto, o percentual negativo correspondeu à falta de informações sobre a aplicação prática do método por parte dos profissionais.

O MC é uma estratégia nova com mudanças de paradigmas, portanto considera-se o fator tempo para a introjeção dos marcos conceituais, mas para que isso aconteça tanto os profissionais atuantes na UTIN, como as famílias participantes, necessitam conhecer amplamente seus significados, e utilizarem a metodologia com vistas ao crescimento e desenvolvimento do RN.

Outro fator importante elucidado no discurso refere-se ao reduzido período de tempo que os pais dedicam aos filhos internados, o que compromete o estabelecimento de vínculos profissionais/familiares, e incentivos da participação dos pais nos cuidados ao RN.

Tal achado confirma os pressupostos de Schmidt *et al.* (2013) que conferiram a ausência dos pais durante o internamento do filho na UTIN, como grande dificultador do processo de implementação de programas de educação em saúde, que por sua vez, implica em retardar a autonomia do cuidado pelos mesmos.

Ressalta-se que a UTIN adequou-se estruturalmente para a promoção do conforto aos pais, como necessidade a atender a Portaria GM nº 930, de 2012, e

como forma de incentivo à maior participação dos mesmos nos processos terapêuticos ao RN internados (BRASIL, 2012b).

Conz *et al.* (2009), afirmam que o profissional de enfermagem necessita estabelecer formas de comunicação e interação com os familiares dos RN internados na UTIN, bem como propiciar a participação dos pais no cuidado. Neste sentido estabelece um processo de cuidado conservando a singularidade e individualidade do RN e de seus pais, favorecendo uma interação que proporcione aos pais a construção de seus papéis, amenizando o processo de ansiedade e sofrimentos geridos pela internação.

Para o estabelecimento dessas relações, e maior incentivo dos pais no cuidado, as profissionais avaliam como determinante maior permanência dos pais na UTIN. O cuidado dispensado a um RN prematuro não pertence ao senso comum das mães, existe a necessidade da equipe de saúde durante todo o processo de internamento de orientar as mães, ensiná-las a realizar os cuidados aos seus filhos, perceber suas necessidades, para que alcancem autonomia para um cuidar com segurança, e se apoderem de seus papéis maternos (BAQUERO, 2012).

Verifica-se novamente a necessidade, e o desejo por parte das entrevistadas em ampliar os conhecimentos sobre os RN e sobre o MC, estendendo-os aos pais. Cuidar de um RNPT e/ou BP, exige conhecimento e habilidades específicas, necessitando de constantes avaliações e readequações dos processos de trabalho para atender essa clientela com respeito às suas singularidades individuais e familiares.

Na sequência, como produto final desta pesquisa serão apresentados os Algoritmos de Cuidados de Enfermagem fundamentados no Método Canguru, bem como a elaboração dos critérios de elegibilidade, cuidados maternos e de enfermagem, e normas na UCINCa, construídos ao longo do percurso metodológico que deverão retornar para a equipe de cuidado, e serem validados em tempos futuros.

- Algoritmo de acolhimento aos pais;
- Algoritmo de banho do RN;
- Algoritmo de peso do RN;
- Algoritmo de higiene e troca da fralda do RN;
- Algoritmo do uso de glicose 25%;
- Algoritmo de sonda gástrica/alimentação;

- Algoritmo de posição canguru;
- Critérios de elegibilidade na UCINCa;
- Cuidados maternos e de enfermagem na UCINCa;
- Normas na UCINCa.

ACOLHIMENTO AOS PAIS

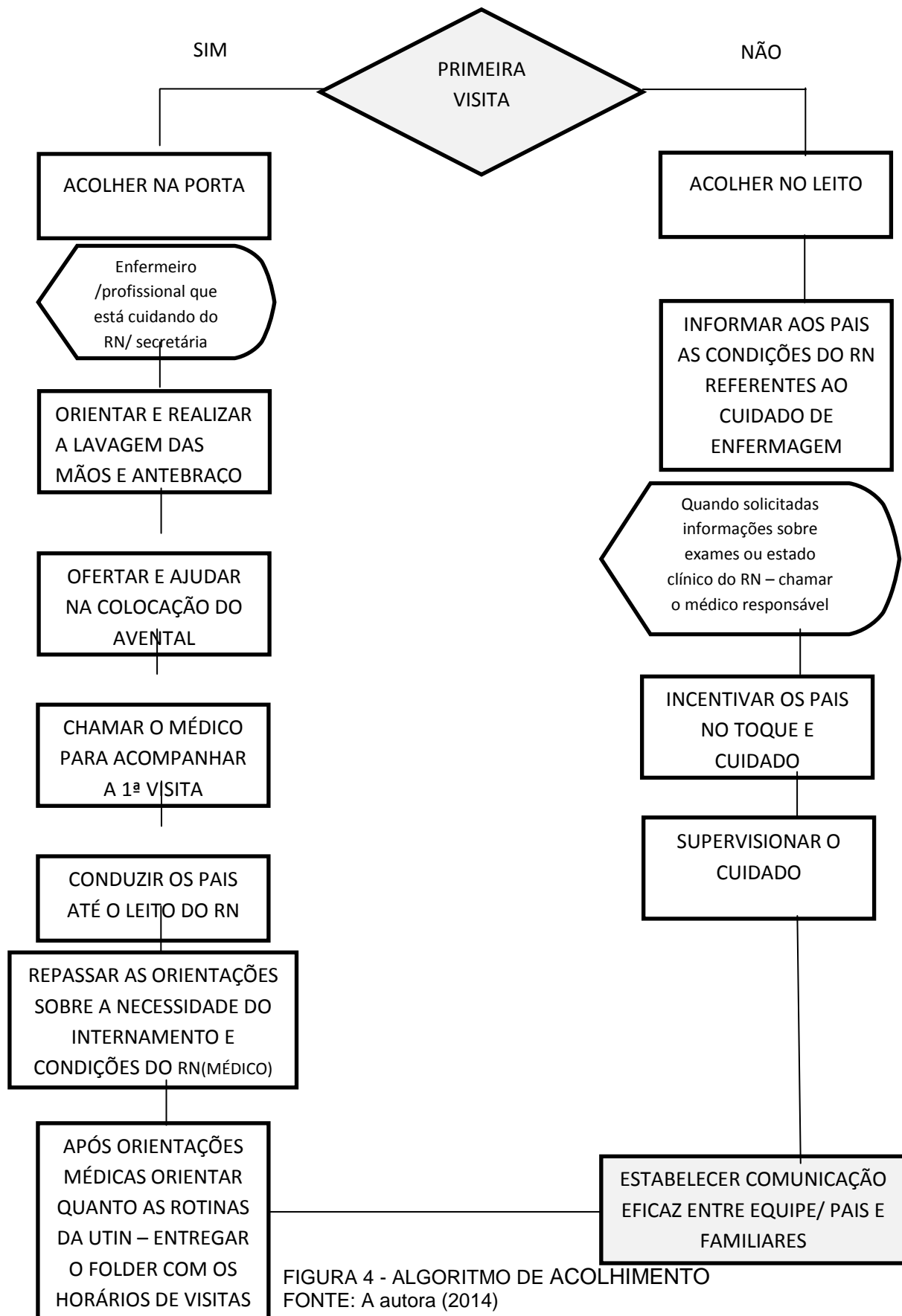


FIGURA 4 - ALGORITMO DE ACOLHIMENTO
FONTE: A autora (2014)

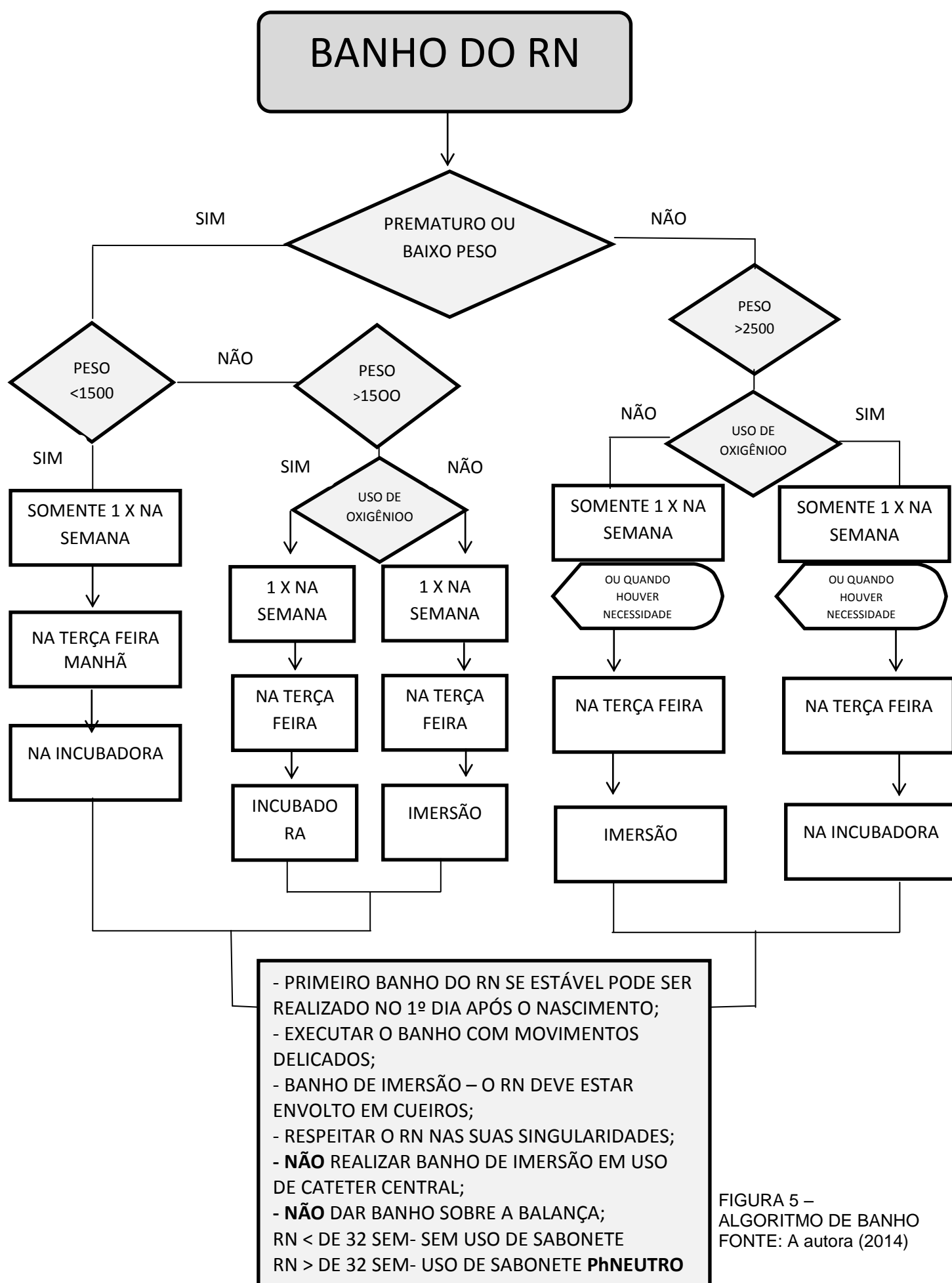


FIGURA 5 –
ALGORITMO DE BANHO
FONTE: A autora (2014)

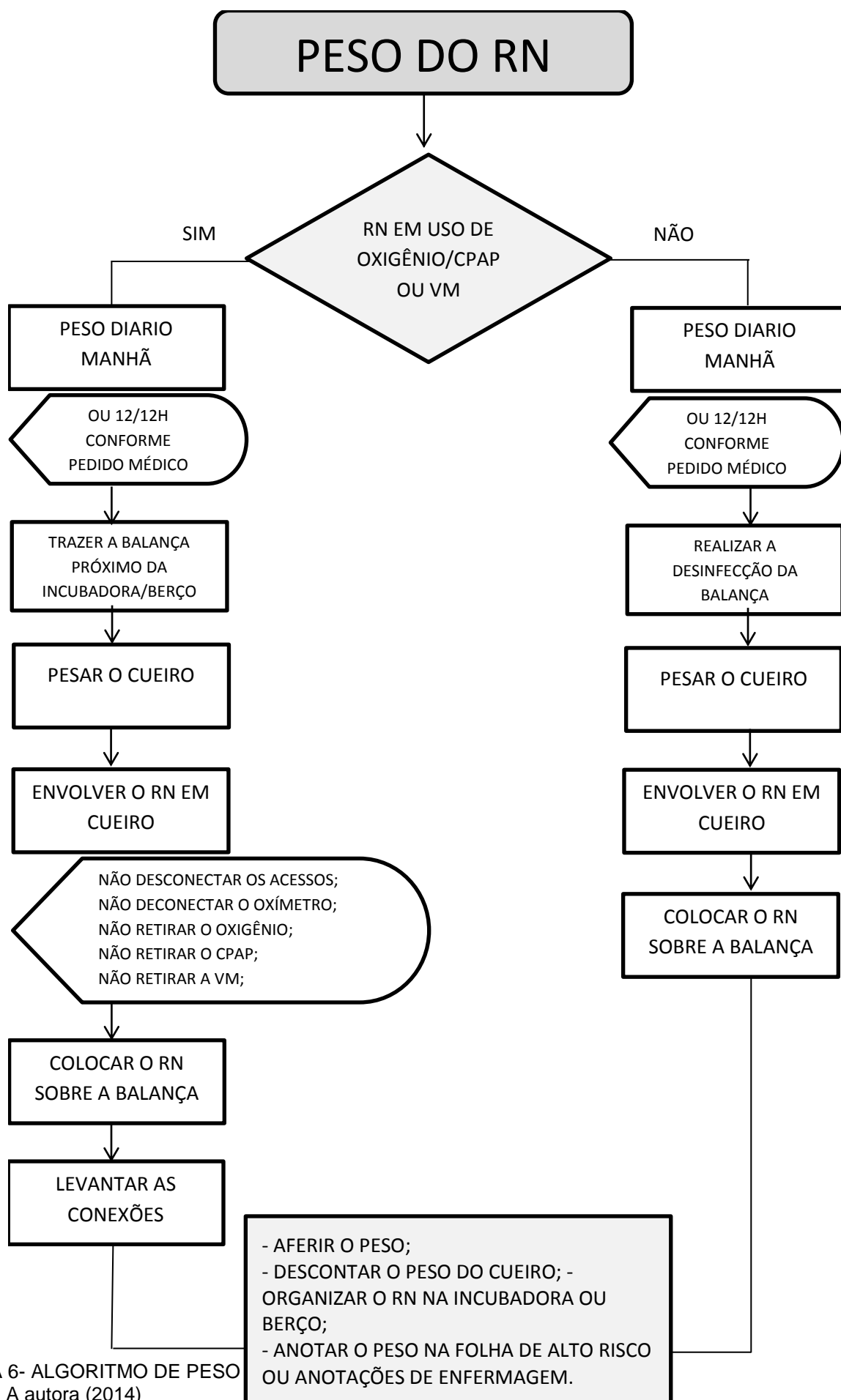


FIGURA 6- ALGORITMO DE PESO
FONTE: A autora (2014)

HIGIENE E TROCA DE FRALDA DO RN

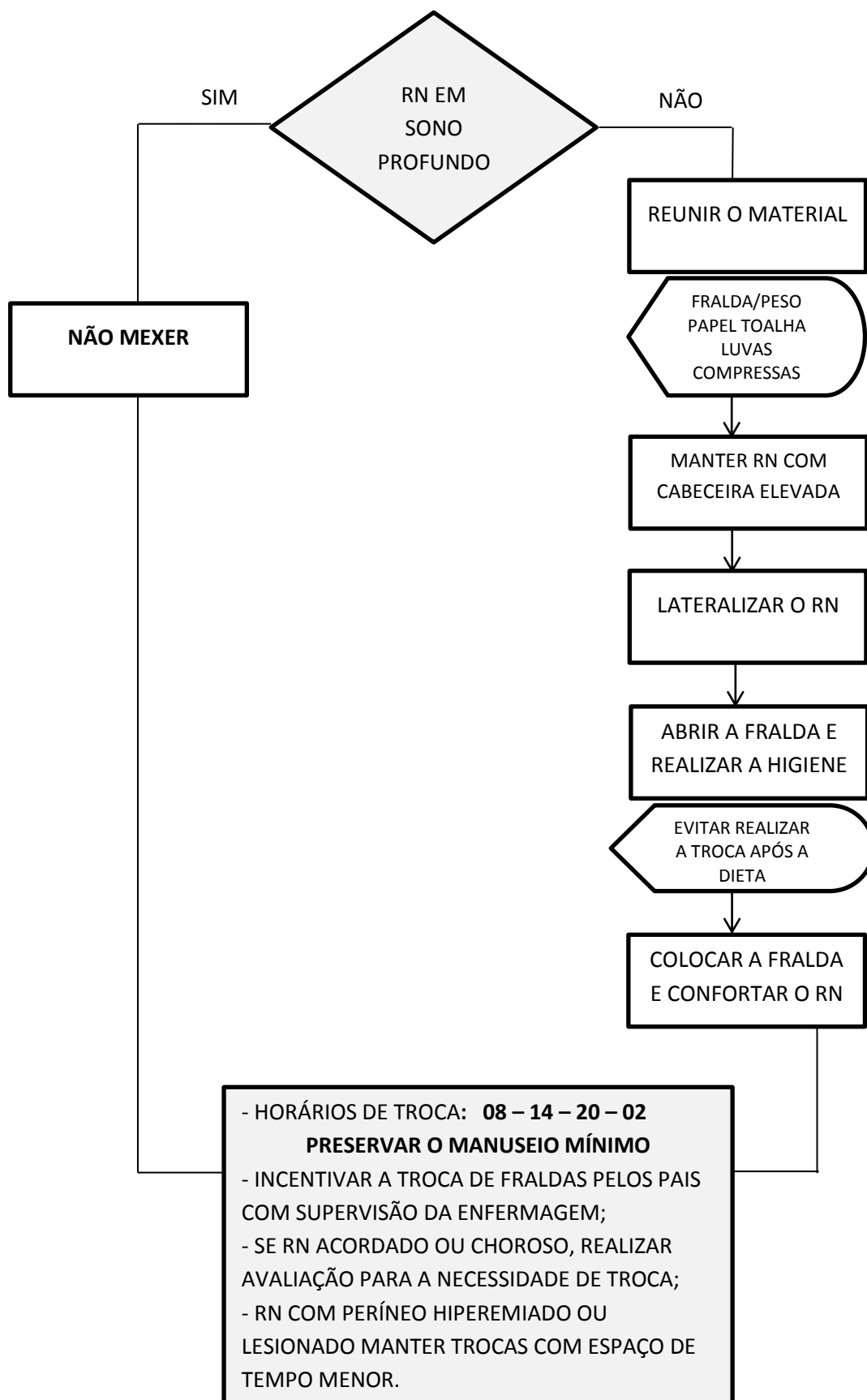


FIGURA 7 - ALGORITMO DE HIGIENE E TROCA DE FRALDA
FONTE: A autora (2014)

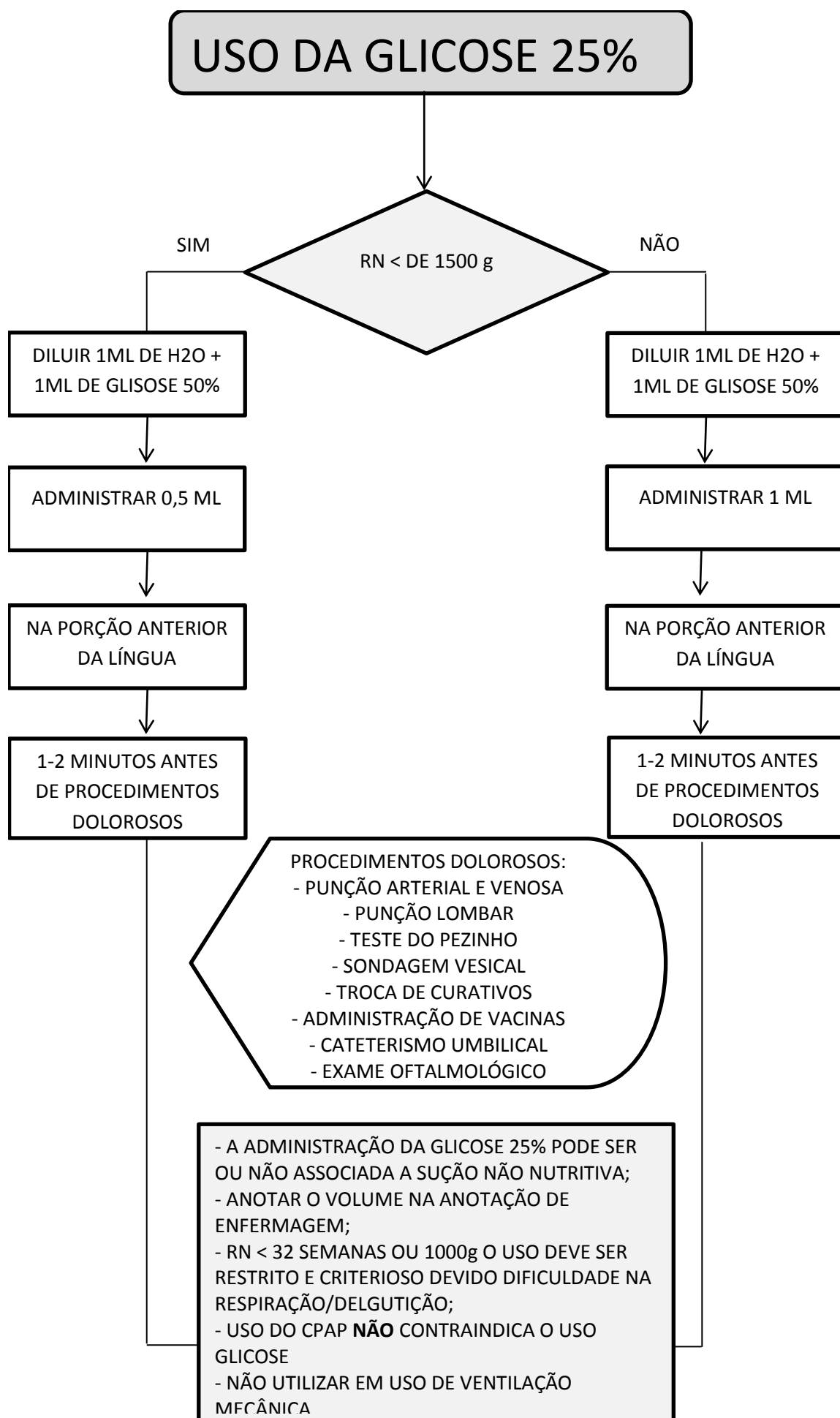
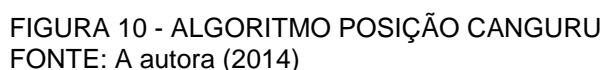


FIGURA 8 - ALGORITMO DE UTILIZAÇÃO DA GLICOSE 25%
FONTE: A autora (2014)





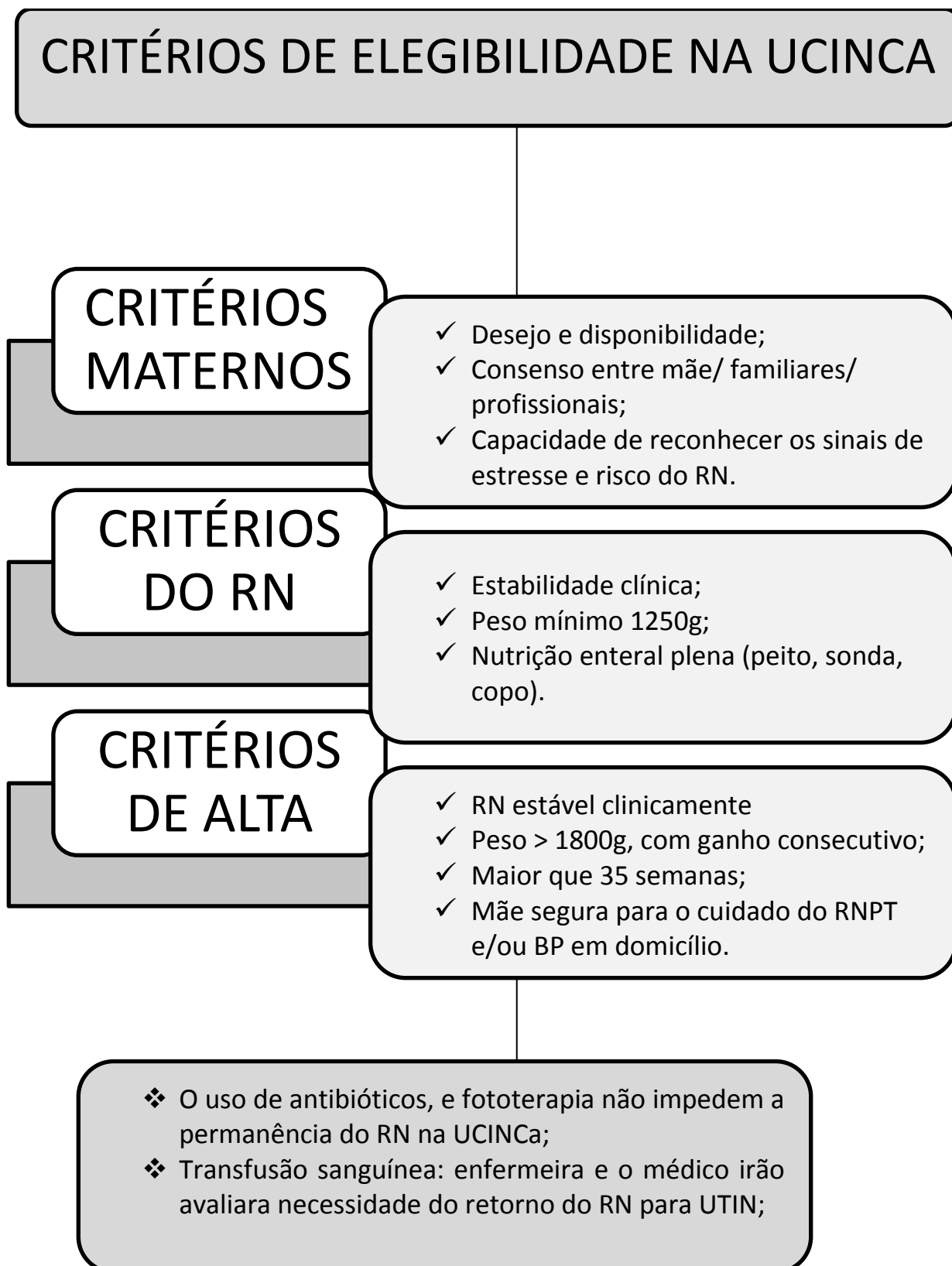


FIGURA 11 – CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA UCINCA
FONTE: A autora (2014)

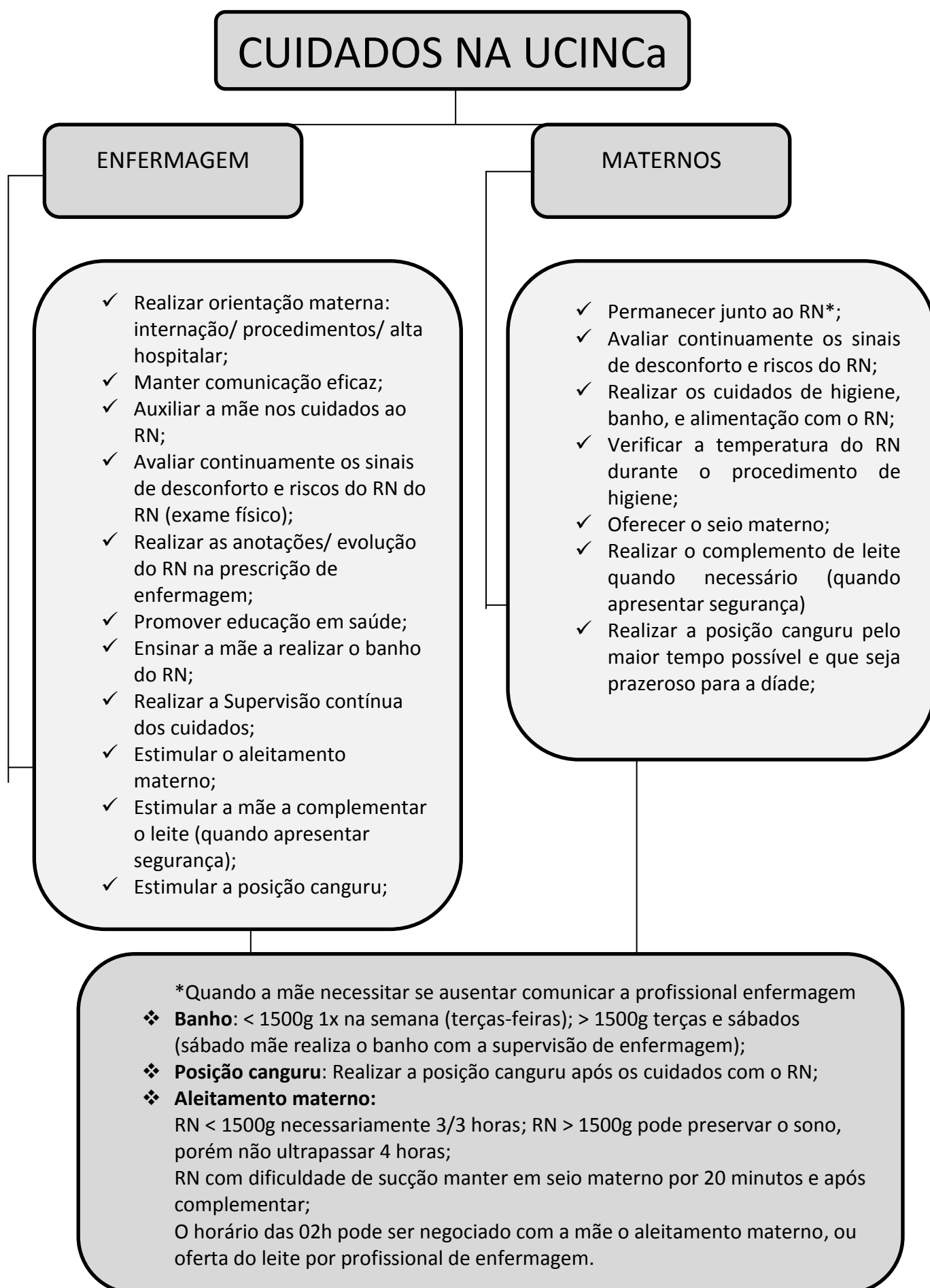


FIGURA 12 – ROTINAS NA UCINCA
 FONTE: A autora (2014)

NORMAS NA UCINCa

Visitas: das 15h às 17h diariamente, 2 pessoas sem revezamento;
Irmãos menores de 12 anos: terças feiras*
Acompanhante: das 10 às 20h (1 acompanhante)*.

É direito: Acompanhante contínuo (sexo feminino) quando mãe for menor de idade.

Alimentos: permitido trazer alimentos de casa. As refeições e o armazenamento dos alimentos deverão ser realizados em sala anexa à UCINCa.

Uso de celulares e notebooks: serão permitidos desde que: em volumes baixos, que não atrapalhem o sono e repouso dos RN e demais mães da UCINCa.

Uso de roupas em RN: o RN deverá ficar sem roupas, somente envolto em cueiros para a promoção da posição canguru*.

Pertences: permitido trazer cobertores e travesseiros. Demais pertences deverão ser mantidos nos armários (sala anexa).

Saídas: deverão ser comunicadas antecipadamente para as enfermeiras da UTIN;

Uso da sala de TV: sempre que as mães permanecerem neste ambiente para momentos de descontração, visitas, e lazer manter o RN em posição canguru.

Para o bom andamento dos cuidados ao RNPT e BP faz-se necessária comunicação eficaz, e respeito entre todos os envolvidos.

***Exceções serão avaliadas e autorizadas pela enfermeira da UTIN**

FIGURA 13 – NORMAS NA UCINCA
FONTE: A autora (2014)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenho metodológico delineado favoreceu o desenvolvimento dos objetivos específicos e o alcance do objetivo geral de construir algoritmos de cuidado de Enfermagem fundamentado no MC, ainda que a dinâmica da construção participativa tenha exigido grande esforço por parte da pesquisadora para a condução da pesquisa.

Esta pesquisa revela mediante as palavras de profissionais de saúde pertencentes à equipe de enfermagem de uma UTIN de hospital de ensino de grande porte, localizado em Curitiba, que há o comprometimento e preocupação da equipe com a consolidação dos cuidados humanizados preconizados pelo MC, desde o acolhimento da família / RN, da inserção dos pais nos cuidados, da minimização dos fatores prejudiciais ao RN inerentes ao processo de internação, do respeito às singularidades do RN com a individualização do cuidado, bem como, um olhar humanizado voltado à família dos RNBP e/ou BP.

Verificou-se que o trabalho construído ao longo dos anos de implantação do MC, embora tenha perpassado por várias dificuldades, tem apresentado resultados positivos nas mudanças de paradigmas dos profissionais, e a aplicação do MC está em crescente fortalecimento no local do estudo.

Pôde-se perceber ainda com maior intensidade a complexidade que cerca o cuidado do RNPT e/ou BP, visto suas peculiaridades inerentes ao processo de desenvolvimento e maturação dos órgãos, em ambiente adverso às condições intrauterinas. A equipe compreende que os cuidados hoje ofertados, conforme preconizados pelo MC, promovem benefícios ao RN que poderão ser verificados pela família e equipe, ao longo de seu desenvolvimento infantil.

Esta pesquisa permite desvelar que embora essas profissionais de enfermagem trabalhem com a mais alta tecnologia de cuidado, as dificuldades nos processos de trabalhos muitas vezes relacionam-se às tarefas reconhecidas como 'básicas e rotineiras', neste caso, a troca de fralda com RN em decúbito lateral, que tem ainda desconhecida por alguns profissionais a sua necessidade e importância.

Os achados ainda revelam que as dificuldades relacionais e relativas às mudanças ocorridas por ocasião do desenvolvimento da pesquisa, se sobressaem

às dificuldades técnicas. Bem como, pode-se inferir que a ocorrência de conflitos entre profissionais/profissionais; profissionais/familiares; profissionais/chefia encontra-se por vezes atrelada à falta de uma linguagem única, que pode ser um provável reflexo da falta de protocolos de cuidado, ou outra ferramenta que socialize o cuidado de maneira igualitária, como o algoritmo de cuidado.

Destaca-se também que a solicitação da equipe por liderança e gestão do cuidado canguru corrobora com a valorização expressa no falar com esmero na manutenção desta metodologia de cuidado. Nesta ótica, lê-se também a necessidade premente por educação permanente, fortemente expressa pelas depoentes, para o aprimoramento de seus conhecimentos e mudanças em suas ações de cuidado.

Há necessidade de implementar o trabalho de educação permanente junto a esta equipe, entendendo que profissionais que atuam em neonatologia, como em outras unidades especializadas, cuida de uma clientela com características muito peculiares, o que demanda habilidades e conhecimentos específicos. É interessante também ressaltar, em uma breve síntese, os problemas que tem se apresentado para a equipe responsável por oferecer um cuidado humanizado ao RNPT e/ou BP: superlotação contínua da UTIN; falta prolongada de recursos humanos, que implica em profissionais desgastados por rotinas estressantes; falta e inadequação de recursos materiais; espaço físico reduzido para o trabalho com qualidade, como também para a permanência dos pais; falta de protocolos que instrumentalizem as ações de cuidado no MC acarretando em conflitos interpessoais por divergências nas orientações e ações práticas; inexistência de trabalho de educação permanente em serviço; entre outros.

Apesar dessas fragilidades relatadas, verificam-se esforços dos profissionais de enfermagem, em manter o cuidado humanizado, com qualidade, entendendo a importância da inserção familiar no processo terapêutico, assumindo a corresponsabilidade no desenvolvimento infantil das crianças assistidas.

Esta atitude que transpõem as dificuldades faz a diferença na qualidade do cuidado, mas entende-se que não basta ter uma equipe de enfermagem numericamente adequada, deve-se atentar para o acompanhamento da mesma, para o conhecimento de suas necessidades e expectativas com relação ao que desenvolve, para sua saúde física e emocional.

Ressalta-se diante desta perspectiva a importância do papel e das funções do Enfermeiro com relação ao cuidado humanizado preconizado pelo MC. Este profissional assume desempenho importante na determinação da qualidade do serviço, no planejamento das ações direcionadas ao prematuro, no subsídio para o cuidado com foco na integralidade e na humanização do cuidado do RNPT e BP, na criação de vínculo com os familiares, na elegibilidade materna para a participação da mãe nas três etapas do método, na motivação da equipe para o cuidado humanizado, na educação em serviço, nas sensibilizações contínuas para as especificidades do RNPT e BP. Com suas habilidades e competências desenvolvidas para tal cuidado torna-se capaz para a identificação das falhas, e proposições necessárias às intervenções.

Quanto às características de um trabalho de pesquisa com o DSC, nesta pesquisa também foram reveladas contradições nas respostas proferidas pelos profissionais. Estas podem ser entendidas como inerentes ao ser humano, que transita entre o querer e o não querer, o gostar e o não gostar, a motivação e a desmotivação, pois seus sentimentos e vontades são construídos socialmente, e mediados pelos contextos vigentes em cada situação. Entretanto, o impacto discursivo sobre a importância do MC e de sua aplicabilidade prática mediante instrumento norteador, falou mais alto e mais forte do que as contradições emergentes.

São reconhecidos como pontos ou circunstâncias que prejudicaram o desenvolvimento desta pesquisa: o momento da coleta de dados coincidirem com as necessidades de adequações estruturais e de cuidado para o alcance do Título de Referência Estadual no MC, principalmente considerando a maneira como as mesmas foram conduzidas; a falta de acesso a estudos relativos à utilização da sonda orogástrica com fixação 'tipo gatinho', verificada neste trabalho como cuidado preconizado pelo MC de maior resistência dentre os profissionais de enfermagem.

Além do que, enfatiza-se que várias medidas de cunho prático são prementes e devem ser discutidas na esfera gerencial e assistencial como: grupos educativos para as mães; treinamento em ordenha manual de leite para equipe de enfermagem; estreitamento de parceria entre UTIN e banco de leite; implantação de um processo de educação permanente em serviço; sensibilizações continuadas da metodologia canguru.

A construção dos algoritmos de cuidado humanizado ao RNPT e/ou BP atendeu a uma das reivindicações da equipe de enfermagem, assim como a aplicabilidade prática dos algoritmos ao término desta pesquisa, suscitará respostas a algumas recomendações aqui propostas.

Durante o processo de discussão e construção coletiva dos algoritmos, com o intuito de reorganizar as ações referentes ao MC, à equipe de tutores e os demais enfermeiros presentes, tiveram a oportunidade de repensar em suas práticas de cuidado e de aprofundar os conhecimentos a respeito do tema.

Salienta-se o valor da realização de novas pesquisas que deem continuidade a muitos aspectos aqui abordados e evidenciados como carentes de novos conhecimentos, a maioria delas talvez como pesquisas diagnósticas ou com abordagem avaliativa, na seguinte temática: fixação da SOG tipo gatinho; percepção da mãe / família do cuidado canguru oferecido em uma UCINCa; atuação do profissional de enfermagem na UCINCa; dificuldades apresentadas pela equipe de enfermagem na ordenha e aleitamento materno.

As nossas reflexões pessoais acerca desta pesquisa, concluem que o trabalho em saúde, com foco na Política de Humanização, como acontece no Método Canguru, transpõem, com sua complexidade, os limites e dificuldades apresentados nos cursos, manuais e normas institucionais, constituindo-se em um desafio significativo para aqueles que a executam. Sem dúvida, os programas e/ou políticas de saúde que visam a Humanização são fundamentais para a determinação da mudança paradigmática do cuidado para além do tecnicismo e mecanicismo imposto por anos de evolução dos processos de trabalho em UTIN. No entanto, não exime os gestores da necessidade de proverem as condições de trabalho necessárias aos setores de alta tecnologia e complexidade de cuidado.

As potencialidades e os limites apontados nesta pesquisa revelam que o processo de cuidar em saúde é dinâmico, e necessitam de constantes (re) avaliações e (re) adequações para atender o RN e sua família com integralidade e excelência. O resultado deste trabalho, na geração de conhecimento científico e de algoritmos de cuidado humanizado canguru, pode ser atribuído à convergência da teoria com a prática em movimento de ação-reflexão-ação, tornando-se práxis o cuidado ao RNPT e/ou BP, na perspectiva da Metodologia Canguru.

REFERÊNCIAS

AGRASADA, G. V. *et al.* Exclusive breastfeeding of low birth weight infants for the first six months: infant morbidity and maternal and infant anthropometry. **Asia Pac J Clin Nutr**, v.20, n. 1, p. 62-68, 2011.

AITA, M. SNIDER, L. The art of developmental care in the NICU: a concept analysis. Blackwell Publishing Ltd. **Journal of Advanced Nursing**, v. 41, n. 3, p. 223-232, 2003.

AKUMA, A.O.; JORDAN, S. Pain management in neonates: a survey of nurses and doctors. **J Adv Nurs**, v. 68, n. 6, p. 1288-301, 2012.

ANDERSON, G. C. Skin to skin: kangaroo care in Western Europe. **Am J Nurs**, v. 89, n. 5, p.662-66, may. 1989.

AQUINO, F. M de. CHRISTOFEEL, M. A M. Dor neonatal: medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de Enfermagem. **Rev. Rene**, v.11, Número Especial, p. 169-177, 2010.

ARAUJO, A. R. Análise do movimento da unidade neonatal do hospital central de Nampula, Moçambique. **Acta Pediatrca Portuguesa**, v. 42, n. 6, p. 264-8, 2011.

ARAÚJO, A. T. da C.; EICKMANN, S. H.; COUTINHO, S. B. Fatores associados ao atraso do desenvolvimento motor de crianças prematuras internadas em unidade de neonatologia. **Rev. bras. saúde matern. infant**, v.13, n. 2, p. 119-128, abr.-jun. 2013.

ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em unidade de tratamento intensivo neonatal. **Rev. Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p.865-72, 2010a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/02.pdf>>. Acesso em: 09/08/2013.

ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D. O alojamento de mães de recém-nascidos pré-termos: uma contribuição para a ação da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 2, p. 284-92, abr/jun, 2010b.

ARRIVABENE, J. C.; TYRREL, M.A.R. Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.2, p. 130-36, 2010.

ARRUÉ, A. M. *et al.* Caracterização da morbimortalidade de recém-nascidos internados em unidade de Terapia intensiva neonatal. **Rev Enferm UFSM**, v. 3, n. 1, p. 86- 92, jan-abr, 2013.

AULER, F.; DELPINO, F. S. Terapia nutricional em recém-nascidos pré-termos. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 1, n. 2, p. 209-216, 2008.

AURÉLIO, F. S.; TOCHETTO, T. M. Mensuração do ruído em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Acta Pediatr Port**, v. 41, n. 2, p. 64-8, 2010.

AXELIN, A. *et al.* Oral glucose and parental holding preferable to opioid in pain management in preterm infants. **Clin J Pain**, v.25, n.2, p.138-45, 2009.

AZEVEDO, V. M. G. de O; DAVID, R. B.; XAVIER, C. C. O Cuidado mãe canguru em recém-nascidos pré-termo sob suporte ventilatório: avaliação dos estados comportamentais. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [online], Recife, vol.11, n.2, p. 133-138, abr-jun. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000200004>> .Acesso em: 06/10/2013.

BALBINO, A. C. *et al.* Recém-nascido pré-termo: respostas comportamentais ao Manuseio da equipe de enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20 (esp.1), p. 615-20, Dez, 2012.

BAQUERO, R. V. A. Empoderamento: instrumento de emancipação social? uma discussão conceitual. **Revista Debates**, v.6, n.1, p.173-87, 2012.

BAPTISTA, S. de S. *et al.* Lactação em mulheres com bebês pré-termos: reconstruindo a assistência de enfermagem. **Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online)**,v.6, n.3, p. 1036-1046, jul./set 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i3.1036-1046>. Acesso em: 03/10/2014.

BARBOSA, L. P. C. *et al.* O impacto do método mãe-canguru no aleitamento materno em pré-termos. **Rev Med Minas Gerais**, v. 21, 21(3Supl 1): S1-S144, 2011.

BARROS, D. C. C. *et al.* Utilização da posição canguru na unidade neonatal do hospital universitário materno infantil. **Rev Pesq Saúde**, v. 11, n. 2, p. 44-48, mai./ago, 2010.

BEITZ, J. M.; BATES-JENSEN, B. Algorithms, critical pathways, and computer software for wound care: contemporary status and future potential. **Ostomy Wound Manage**, v. 47, n. 4, p. 33-40, quiz 41-2, 2001.

BERA, A. *et al.* Effect of kangaroo mother care on growth and development of low birthweight babies up to 12 months of age: a controlled clinical trial. **Acta Paediatrica**, v,103, Issue 6,p.643–650, June 2014.

BERBEL, N. A. N. A **metodologia da problematização com o Arco de Maguerez**: uma reflexão teórico-epistemológica. Londrina: EDUEL, 2012.

BERBEL, N. A. N. Metodologia da problematização no ensino superior e sua contribuição para o plano da práxis. **Semina: Ciências Sociais/Humanas**, Londrina, v. 17, p. 7-17, 1996.

BLOMQVIST, Y. T.; NIQVIST, K. H. Swedish mothers experience of continuous kangaroo mother care. **Journal of Clinical Nursing**. v.20, Issue 9-10, p. 1472–1480, May, 2011.

BORCK, M.; SANTOS, E. K. A. Método canguru: práticas investigativas e de cuidado de enfermagem no modelo de adaptação de Roy. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro. vol. 16, n. 2, Abr./Jun, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000200008>>. Acesso em: 25/08/2013.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. P. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 25a ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

BRAGA, D. F.; MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. L. M. Amamentação exclusiva de recém-nascidos pré-termos: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. **Rev. Nutr.**, v. 21, n. 3, p. 293-302, 2008.

BRASIL. Decreto n. 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em 18/10/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação Geral de Atenção Especializada. **Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Temática da Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru (manual do curso)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília – 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS. **Ambiência** [Série B: Textos Básicos de Saúde]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informação para Saúde – RIPSa, **Indicadores e dados básicos**, 2009. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/idb>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso: Método Canguru**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. -2.ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: caderno do tutor**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. -2.ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da

Saúde,2011c. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/70ahsaudecrianca.pdf>>. Acesso em: 06/07/13

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília (DF): 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde v.1, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do sistema único de saúde (DATASUS). **Sistema de informações sobre nascidos vivos – SINASC**, 2012a. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 20/09/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.153, DE 22 DE MAIO DE 2014**. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: Diretrizes de cuidado/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, acesso interno em 2014b.

BRESSAN, C.L. Mudança organizacional: uma visão gerencial. **Seminário de gestão de Negócios**. Curitiba: FAE; 2004. [Internet] Disponível: www.fae.edu/publicacoes/pdf/art_cie/art_25.pdf. Acesso em: 25/09/2014.

BRETHERTON, I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. **Dev Psychol**, v. 28, n. 5, p. 759-775, 1992.

BRIGITTE, L. *et al.* How effective is tetracaine 4% gel, before a venipuncture, in reducing procedural pain in infants: a randomized double-blind placebo controlled Trial. **BMC Pediatrics**, v.7, n. 1, p. 1471-2431, 2010.

BRITO, D. V. D.*et al.* Infecções hospitalares em uma unidade de terapia intensiva neonatal brasileira: vigilância de quatro anos. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 6, p. 633-637, 2010.

BUDIN, P. **The Nursling**. London: The Caxton Publishing Company, 1907. Disponível em: <http://www.neonatology.org/classics/nursling/nursling.html> acesso em: 22/05/2013.

BYERS, J. F. A quasi-experimental trial on individualized, developmentally supportive family-centered care. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, v. 35, n. 1, p. 105-115, Jan 2006.

CAPELLINI, V. k. *et al.* Conhecimento e atitudes de profissionais de saúde sobre avaliação e manejo da dor neonatal. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 16, n. 2, p. 361-9, abr/jun; 2014. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v16/n2/v16n2.html>. Acesso em: 19/07/2014.

CARDOSO, M. V. L. M. L.; CHAVES, E. M. C.; BEZERRA, M. G. A. Ruídos e barulhos na unidade neonatal. **Rev Bras Enferm** [Internet]. V. 63, n.4, p. 561-66, Ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000400010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17/07/2014.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa rede cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface comun. saúde educ**, v. 17, n. 44, jan.-mar, p. 49-59, 2013. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=674326&indexSearch=ID>. Acesso em: 28/09/2013.

CASANOVA, E. G.; LOPES, G. T. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 831-36, nov-dez, 2009.

CECCHETTO, S. Mãe Canguru: tecnologia perinatal humana. In: CARVALHO, M. R.; TAVARES, L. A. M. **Amamentação: bases científicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

CHAGAS, D. O. *et al.* Comparação da adesão materna às orientações do método mãe canguru no pré e pós-alta do Hospital Sofia Feldman. **RevMed Minas Gerais**, v.21, n. 1, p. 5-6, 2011.

CHANES, D. C.; DIAS, C. G.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Extravasamento de drogas antineoplásicas em pediatria: algoritmos para prevenção, tratamento e seguimento. **Rev Bras Cancerol**, v. 54, n. 3, p. 263-73, 2008.

CHARPAK, N. **Kangaroo mother care in developing countries**. In: World Congress of Perinatal Medicine, 5, 2001, Colômbia: p. 1023-1027.

CHARPAK, N.; CALUME, Z. F.; HAMEL, A. **O método canguru: pais e familiares dos bebês pré-termos podem substituir as incubadoras**. Rio de Janeiro: Mac Graw Hill, 1999.

CHARPAK, N.; RUIZ PELÁEZ, J. G. Resistance to implementing Kangaroo Mother Care in developing countries, and proposed solutions. **Acta Pediatrica**, v.95,n.5,p.529-534,2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16825131>. Acesso em: 26/08/2014.

COELHO, L. de S. *et al.* Amamentação do recém-nascido prematuro no método canguru: percepções de puérperas sobre o cuidado de enfermagem. **J. res.: fundam. care**. Online:,v, 5, n. 6, p. 284-292, dec. 2013. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/3484>
 acesso em: 09/08/2014.

COLÔMBIA. MINISTERIO DE SAUDE Y PROTECCIÓN SOCIAL. Portal de Formación em **Método Madre Canguro**. Disponível em: <http://fundacioncanguro.co/FMMC/aesso> em: 15/06/1013.

COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. N. A Metodologia da problematização com o arco de Magueres e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, 2007.

CONDE-AGUDELO, A.; DIAZ-ROSSELLO, J. L.; BELIZAN, J. M. Mãe canguru para reduzir morbidade e mortalidade em recém-nascidos com baixo peso ao nascer (Cochrane Review). In: Resumos de Revisões Sistemáticas em Português, Issue 2, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Normatiza em âmbito Nacional a obrigatoriedade de haver Enfermeiro em todas as unidades de serviço onde são desenvolvidas ações de Enfermagem durante todo o período de funcionamento da instituição de saúde. Resolução nº 189/96, Rio de Janeiro, 25 de março de 1996.

CONZ, C. A.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. Promoção de vínculo afetivo na Unidade de terapia intensiva neonatal: Um desafio para as enfermeiras. São Paulo, **Rev. Enfermagem USP**, v. 43, n.4, p. 849-55, 2009.

CORREIA, C. Q. O. S.; MENDONÇA, A. E. O. ; SOUZA, N. L. Produção científica sobre ruídos na unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE**, on line. Recife, v. 8, n. 1, p. 2406-12, jul., 2014.

COSTA. R; LOCKS. M. O. H.; KLOCK. P. Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem, **Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 349-53, 2012.

CRUNIVEL, F. G.; PAULETTI, C. M. Formas de atendimento humanizado ao recém-nascido pré-termo ou de baixo-peso na unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão, **Cad Pós-Graduação Distúrb Desenvolv**, v. 9, n.1, p.102-25, 2009.

CRUZ, A. R. M. *et al.* Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. **Rev. Eletr. Enf.** v, 12, n. 1, p. 133-39, 2010.

CUNHA, A. L. da. C. Visita aberta em uma unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos visitantes. **Rev Rene**, v.15, n.1, p.45-51, jan-fev 2014.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Epidemiologia. **Mortalidade Infantil no município de Curitiba de 1996 a 2012**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde. 2012a. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/vigilancia/epidemiologica/indicadores> acesso em 14/06/2014.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de informação em saúde – CIS. Coordenação do programa mãe curitibana. **Pré-natal, parto, puerpério e atenção**

ao recém-nascido. Curitiba, 2012b. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/138743552/1-Programa-Mae-Curitibana-2012-Ler-ate-pag-147-no-minimo>. Acesso em: 12/06/2013.

CUSTÓDIO, Z. A. de O.; CREPALDI, M. A.; LINHARES, M. B. M. Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo bioecológico do desenvolvimento humano. **Estud. Psicol.**, Campinas vol.31, n.2, p. 247-55, 2014.

DALAL, A. BALA, D. V. CHAUHAN, S. A cross-sectional study on knowledge and attitude regarding kangaroo mother care practice among health Care providers in ahmedabad district. **Int J Med Sci Public Health**, v.3,issue, 3, p.253-256, 2014.

DANIELE, D. *et al.* Conhecimento e percepção dos profissionais a respeito do ruído na Unidade Neonatal. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.5, p.1041-1048, 2012.

DARCY, A. E.; HANCOCK, L.; WARE, E. J.A descriptive study of noise in the neonatal intensive care unit.Ambient levels and perceptions of contributing factors.**Adv Neonatal Care**, v. 8, issue, 3, p. 165-75, June, 2008.

DAVIS, L.; MOHAY, H.; EDWARDS, H. Mothers involvement in caring for their premature infants: an historical overview. **J Adv Nurs**, v. 42, n. 6, p. 578-586, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12787231>>. Acesso em: 08/10/13.

DEMARI, L. *et al.* Estratégias para promoção do aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo: estudo bibliográfico. **Pediatria**, São Paulo. v. 33, n. 2, p.89-96, 2011.

DIGIROLAMO, A. *et al.* Intention or experience? predictors of continued breastfeeding. **Health Educ Behav**, v.31, n.2, p. 208-26, 2005.

DOMINGUES, R. M. S. *et al.* Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p.425-437, 2012.

DUARTE, A. de Z. *et al.* Promoção da saúde às genitoras de bebês pré-termos: ação da enfermagem na alta hospitalar. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 162-170, jul./set.2010

DUSING, S.; VAN DREW, C.; BROWN, S. Instituting parent education practices in the neonatal intensive care unit: an administrative case report of practice evaluation and statewide action. **Physical Therapy**, v, 92, n. 7, p. 967-975, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22466024>. Acesso em: 03/08/2014.

ENTRINGER, A. P. *et al.* Análises de custos da atenção hospitalar a recém-nascidos de risco: uma comparação entre unidade intermediária convencional e unidade canguru. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1205-1216, jun. 2013a.

ESTEVES, T. M. B.*et al.*Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p.697-703.

ENTRINGER, A. P. *et al.* Impacto orçamentário da utilização do método canguru no cuidado neonatal. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 976-83, 2013b.

FALCÃO, F. R. C.; SILVA, M. A. B. Contenção durante a aspiração traqueal em recém-nascidos. **Rev Cienmd Biol**, v. 7, n. 2, p. 123-131, mai-ago, 2008.

FAVERO, L.; MAZZA, V.A.; LACERDA, M.R. Vivência de enfermeira no cuidado transpessoal às famílias de neonatos egressos da unidade de terapia. **Acta Paul Enfermagem**, v.25, n. 4, p.490-96, 2012.

FEBRASGO Federação brasileira das associações de ginecologia e obstetricia. Maior estudo de prematuridade realizado no país, 2011. Disponível em: <http://www.febRASGO.org.br/site/?p=1867>. Acesso em: 15/07/2013.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.63, n.4, jul/ago. 2010.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.

FONTANA, R. T.; BRIGO, L. Estudar e trabalhar: percepções de técnicos de Enfermagem sobre esta escolha. **Esc Anna Nery** (impr.), v. 16, n. 1, p. 128- 133, jan-mar. 2011.

FORTES-GARRIDO, J. C. *et al.* The characterization of noise levels in a neonatal intensive care unit and the implications for noise management. **Journal of Environmental Health Science and Engineering**, v.12, n. 104, p. 2-8, 2014. Disponível em: www.ijehse.com/content/pdf/2052-336X-12-104.pdf acesso em: 19/09/2014.

FRANCO, M. de P.; ALVES, C. P. O impacto do Método Mãe Canguru no processo de aprendizagem de pré-termos de baixo peso: revisão da literatura. **Cad. Ter. Ocup.** UFSCar, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 163-174, 2014.

FREIRE, M. H de S. *et al.* Método canguru como subsídio para assistência humanizada ao neonato e família: revisão integrativa. **J Nurs UFPE** on line., Recife, v.9, n.10, p.321-27, 2014.

FROTA, M. A. *et al.* Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 1, n. 3, p.129-132, 2010.

FUJIMORI, E. *et al.* Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. **Interface - Com Sau Edu**, v. 14, n. 33, p. 315-327, 2010.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. **Situação mundial da infância**. Edição especial. Celebrando 20 Anos da Convenção sobre os Direitos

da Criança todos juntos pelas crianças. Novembro, 2009. Disponível em: <http://www.unicef.pt/18/sowc_20anoscdc.pdf>. Acesso em 07/06/13.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF. Organização Mundial da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado**. Módulo 4 - autoavaliação e monitoramento do hospital. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

GAÍVA, M. A. A.; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI neonatal. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n.4, p. 444-48, 2005.

GAÍVA, M. A. M.; MARQUESI, M. C.; ROSA, M. K. O. O sono do recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva: cuidados de enfermagem **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 3, p. 602-609, jul/set; 2010.

GARDNER MR. Outcomes in children experiencing neurologic insults as preterm neonates. **Pediatr Nurs**, v. 31, n. 31, p. 451-6, Nov-Dec, 2005.

GASPARDO, C.M.; MARTINEZ, F.E.; LINHARES, M. B. M. Cuidado ao desenvolvimento: intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial de recém-nascidos pré-termo. **Rev Paul Pediatr**, [online]., v.28, n.1, p. 77-85. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822010000100013>. Acesso em: 14/04/14.

GEORGE, O. B. Effect of 'kangaroo mother care' training on knowledge, attitude and practice of health care providers in selected district hospitals in north rift region, Kenya. MaCrch 2013. <http://hdl.handle.net/123456789/20>. Acesso em: 12/08/2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. Editora Atlas, 2010.

GILBERT, W. M. *et al*. The cost of preterm birth: the low cost versus high value of tocolysis. **BJOG**, v.113, n. 3, p.4-9, 2006.

GOMES, G. C.; LUNARDI-FILHO, W. D.; ERDMANN, A. L. O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 93-99, 2006.

GOMEZ, M. L.; LINARES, A. M. Significant impact of kangaroo care on exclusive breastfeeding in a sample of hispanic mothers in Kentucky. 141st **Annual Meeting Recordings and export**. Boston, MA, v. 2, n. 6 Nov, 2013. Disponível em: <https://apha.confex.com/apha/141am/webprogram/Paper286213.html>. Acesso em: 22/07/2014.

GONTIJO, T. L. *et al*. Avaliação da implantação do cuidado humanizado aos recém-nascidos com baixo peso – método canguru. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 1, p. 33-39, 2010.

GONTIJO, T. L.; XAVIER, C. C; FREITAS, M. I. F. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28. n.5, p. 935-944, 2012.

GRAY, P.H.; O'CALLAGHAN, M.J.; ROGERS, Y.M. Psychoeducational outcome at school age of preterm infants with bronchopulmonary dysplasia. **J Paediatr Child health**, v. 40, n. 3, p. 114-20, Mar 2004.

GRECCO, G. M. *et al.* Repercussões do ruído na unidade de terapia intensiva neonatal. **Acta Paul Enferm.**, v.26, n. 1, p. 1-7, 2013.

GUARINI, A. *et al.* Reconsidering the impact of preterm birth on language outcome. **Early Human Dev**, v. 85, n. 10, p. 639-45, Oct. 2009.

GUERRERO, G. P.; BECCARIA, L. M.; TREVIZAN, M. A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, 2008.

GUILLAUME, S. *et al.* Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. **BMC Pediatr**, v. 13, n. 18, Feb 2013. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/13/18>. Acesso em: 12/07/2014.

GUIMARÃES, C. L. N. *et al.* Desenvolvimento motor avaliado pelo testofinfant motor performance: comparação entre lactentes pré-termo e a termo. **Rev Bras Fisioter**. v.15 n.5, p. 357-62, São Carlos, Set/Out., 2011.

GURGEL, A. K. C.; MONTEIRO, A. I. Dificuldades relacionadas ao aleitamento materno em recém-nascidos pré-termos: revisão integrativa da literatura. **Rev enferm UFPE** [on line]. Recife, v.7, n. (esp), p. 7181-7, dez. 2013

HENNIG, M. A. S.; GOMES, M. A. S. M. G.; MORSCH, D. S. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru e cuidado centrado na família: correspondências e especificidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 835-852, 2010.

HENNIG, M. A. S; GOMES, M. A. S. M; GIANINI N. O. M. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru". **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.6, n. 4, p. 427-435, 2006.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Assessoria de Planejamento e Custos. Estatística. Relatório institucional. Curitiba: HC/UFPR, 2013.

IAMS, J. D. *et al.* Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. **Lancet**, v.12, n.371(9607), p.164-75, jan., 2008.

ICHISATO, S. M. T.; SCOCHI, C. G. S. Ruídos na unidade de cuidado intensivo neonatal durante as passagens de plantão (enfermagem e/ou médica) e visita médica. **Ciênc cuid Saúde** [Internet], v. 19, n. 5(supl), p. 127-33, 2006. Disponível em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5178/3350>> Acesso em: 29/07/2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Portal IBGE. **População/mortalidade infantil.** Brasil, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/default.php>> acesso em: 18/02/2013.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA- IPEA. Portal IPEA. V **Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.** Brasil, 2014. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=22538&catid=342. Acesso em: 24/10/2014.

JACONDINO, C. B. *et al.* Educação em serviço: qualificação da equipe de enfermagem para o tratamento de feridas. **Cogitare Enferm**, v.15, n.2, p.314-8 Abr/Jun. 2010.

JOBIM, R.; AERTS, D. Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.179-187, jan. 2008.

JOHNSONS, S. *et al.* Neurodevelopmental disability through 11 years of age in children born before 26 weeks of gestation. **Pediatrics**; v.124, n. 2, p. 249-57, 2009.

KENT, W.D. *et al.* Excessive noise levels in the neonatal ICU: potential effects on auditory system development. **The Journal of Otolaryngology**, v, 31, n. 6, p. 355-360, 2002.

KLOCK, P.E.; ALACOQUE, L.E. Caring for newborns in a NICU: dealing with the fragility of living/surviving in the light of complexity. **Rev Esc Enferm USP** [Internet]. V. 46, n.1, p. 45-51, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100006>. Acesso em: 27/09/2014.

LAMY FILHO, F. *et al.* Avaliação dos resultados neonatais do Método Canguru no Brasil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 5, pg. 428-35, 2008.

LAMY, Z. C. *et al.* Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n. 3, p. 659-668, 2005.

LARSEN, J. K. *et al.* Prematurity and low birth weight as risk factors for the development of affective disorder, especially depression and schizophrenia: a register study. **Acta Neuropsychiatrica** v.22, Issue 6, p. 284–291, Dec, 2010.

LAWN, J. E. Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. **Int. J. Epidemiol**, v. 39, n.1, p. 144-154, 2010. Disponível em: http://ije.oxfordjournals.org/content/39/suppl_1/i144.full. Acesso em 25/08/2014.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo.** Um novo enfoque em pesquisa qualitativa. (Desdobramentos). Caxias do Sul: Educs, 2003.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo.** Um novo enfoque em pesquisa qualitativa. 2 ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2012.

LEGAULT, M.; GOULET, C. Comparison of kangaroo and traditional methods of removing preterm infants from incubators. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**. v.24, n. 6, jul/aug. 1995.

LESCISU, K. G.; CABRAL, S. M. S. C. **A importância do Método Mãe-Canguru**. Anais [periódico da internet]. 2010; Disponível em: http://fio.edu.br/cic/anais/2010_ix_cic/pdf/05ENF/17ENF.pdf. Acesso em 12/07/13.

LINS, R. N. P. et al. Percepção da equipe de enfermagem acerca da humanização do cuidado na UTI neonatal. **R BrasCi Saúde**, v. 17, n. 3, p.225-232, 2013.

LOPES, S da S. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: avaliação dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. **Rev Paul Pediatr**, v. 31, n. 4, p. 488-93, 2013.

LOPES, A. O. O papel da liderança no ato de gerenciar pessoas com sucesso. **Rev Científica Eletrônica de Administração** [Internet], v, 8, n. 14, p. 1-8, Dez, 2008. Disponível em: http://www.fac.br/Revista_eletronica/O_papel_da_lideranca_no_ato_de_gerenciar_pessoas_com_sucesso.pdf. Acesso em: 09/09/2014.

LU, M. H.; LI, I.C. A systematic review of non-pharmacological management of heel-stick pain in the pre-term neonates. **The 25th International Nursing Research Congress**. Hong Kong: 24-28 Jul, 2014.

LUCAS, T. A. M. P. C. et al. A importância do acolhimento à família em unidade de Terapia Intensiva neonatal. **Rev enferm UFPE on line**, v. 3, n. 4, p. 1101-7, oct/dec, 2009. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/125/pdf_980. Acesso em: 09/08/2014.

LUDINGTON-HOE, S. M.; HADEED, A. J.; ANDERSON, G. C. Physiologic responses to skin-to-skin contact in hospitalized premature infants. **J Perinatol**. v. 11, n. 1, p.19-24, 1991.

LUDINGTON-HOE, S. M. et al. Kangaroo care compared to incubators in maintaining body warmth in preterm infants. **Biol Res Nurs**, v. 2, p. 60-73, 2000.

MADUREIRA, K. T.; VELOSO, M. Efeitos da posição canguru na resposta fisiológica e no estado comportamental de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso em ventilação mecânica. **Rev Bras Fisioter**, v.14, (Supl1) 528. 15º Simpósio Internacional de Fisioterapia Respiratoria, 2010.

MAGALHÃES, C. P.; RODRIGUES, A. M. Conhecimento de profissionais de saúde sobre aleitamento materno em um Hospital Universitário do Vale do Paraíba (SP). **Revista Ciências Humanas**, v. 7, número 1, p. 72-86, jan/jun, 2014.

MAROJA, M. C. S.; SILVA, A. T. M. C da.; CARVALHO, A. T. de. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma análise a partir das concepções de profissionais quanto às suas práticas. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v, 32, n. 1, p. 3-9, Jan/Jun 2014.

MARCONI, M de. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 7ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUES, P. A.; MELO, E. C. P. The working process of a neonatal intensive care unit. **Revescenferm USP, São Paulo** [Internet]. V. 45, n.2, p. 374-80, Abr, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200011>. Acesso em: 25/09/2014.

MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

MARTINEZ, H. Mãe é por natureza a melhor médica, diz criador do Método Canguru. **Folha Online**, 09 ago. 2009. Entrevista. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2009/08/607028-mae-e-por-natureza-a-melhor-medica-diz-criador-do-metodo-canguru.shtml>

MARTINS, A. J. V. S.; SANTOS, I. M. M. Vivendo do outro lado do método canguru: a experiência materna. **Rev Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 703-10, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a16.htm>> Acesso em 17/09/2013.

MATHIAS, T.A.F.; ASSUNÇÃO, A.N.; SILVA, G.F. Óbitos Infantis investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil em região do Estado do Paraná. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.3, p.445-53, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a04.pdf>> Acesso em 25/04/2014.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface Comunicação saúde Educação**, v. 13, supl.1, p. 771-80, 2009.

MATHERS, C. *et al.* Ending preventable child deaths: addressing the high-risk days after birth. The Lancet, volume 2, comment, p. 617-18, 2014. Disponível em: www.thelancet.com/lancetgh. Acesso em 25/10/2014.

MEDINA, M., FERTIG, C. **Algoritmos e programação: teoria e prática**. São Paulo: Novatec, 2006.

MELO, R. de C de.; SOUZA, I. E de. O; CARDOSO de PAULA, C. Enfermagem neonatal: o sentido existencial do cuidado na unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Enferm**, v.66, n.5, p. 656-62, set-out 2013.

MEREGHI, M. A. B. *et al.* Cuidar do recém-nascido na presença de seus pais: vivência de enfermeiras em unidade de cuidado intensivo neonatal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19. n.6, 7 telas. nov.-dez. 2011.

METROPÓLE DIGITAL. **Algoritmos: conceitos básicos e representações**. Disponível em: http://www.metropoledigital.ufrn.br/aulas/disciplinas/mat_aplicada/aula_06.html. Acesso em 27/07/2013.

MILBRATH, V. M. *et al.* Comunicação entre a equipe de saúde e a família da criança com asfixia perinatal grave. Florianópolis. **Texto Contexto Enferm.** [online], vol.20,

n.4, p. 726-734, Out./Dez 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000400011>. Acesso em: 24/05/14.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.3, p.621-626, 2012.

MIYAKI, M. **Manual da UTI neonatal**. Departamento de Pediatria – UTI Neonatal – HC/UFPR, Curitiba PR, 2014.

MOLINA, R. C. M.; *et al.* Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 11, n. 3, p.437-44, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a07.pdf>>. Acesso em 09/10/13.

MOLINA, R. C. M. *et al.* A percepção da família sobre sua presença na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n.3, p.630-38, 2009.

MONASTEROLO, R. C. *et al.* “Kangaroo method” in the care of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit. **Na Esp Pediatr**, v. 49, n. 5, p. 495-98, 1998.

MONTANHOLI, L. L.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. A atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível. **Rev. Latino Am. de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, 8 telas, mar-abri, 2011. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae> acesso em: 22/09/2013.

MOREIRA, M. E. L. *et al.* Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.30, supl.1, 2014.

MOREIRA R. S.; MAGALHÃES, L.C.; ALVES, C. R. L. Efeito do nascimento prematuro no desenvolvimento motor, comportamento e desempenho de crianças em idade escolar: revisão sistemática. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 90, n. 2, p. 119-34, Mar 2014.

MOREIRA, M. A. **Aprendizaje significativo**. teoria y prática. Madrid: Visor, 2000.

MOTA, L. A.; de SÁ, F. E.; FROTA, M. A. Estudo comparativo do desenvolvimento sensório-motor de recém-nascidos pré-termos da unidade de terapia intensiva neonatal e do método canguru. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 18, n. 4, p. 191-98, 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40818406>. Acesso: 16/03/14.

MU, S.C, *et al.* Relation-ship between perinatal and neonatal indices and intelligence quotient in very low birth weight infants at the age of 6 or 8 years. **Pediatr Neonatol** v, 49, p. 13-8, 2008.

MWENDWA, A.C.; RN MUSOKE, R. N.; WAMALWA, D.C. The impact of partial kangaroo mother care on growth rates and duration of hospital stay of low birth weight infants at the Kenyatta National Hospital, Nairobi. **African Journals online** v. 89, n. 2, (2012) Disponível em: <http://www.ajol.info/index.php/eamj/issue/view/10118>. Acesso em: 03/09/2014.

NASCIMENTO, D. J. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Começa maior estudo sobre prematuridade já realizado no país**, 2011. Disponível em <http://www.febrasgo.org.br/> acesso em 14/06/2013.

NASCIMENTO, L do. *et al.* Percepção e atuação da equipe de enfermagem frente ao recém-nascido pré-termo desorganizado. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 27, n. 1, p. 21-30, jan./abr 2013.

NYQVIST, K. H. *et al.* Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. **Acta Paediatr**, v. 99 n. 6, p. 820-26, Epub 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20219044>. Acesso em: 25/07/2013.

OLISCHAR, M. *et al.* The early prediction of neonatal morbidity and mortality in singleton small for gestational age infants with a birthweight < 1,500 g. **The Central European journal of Medicine**, v.125, n. 13-14, p. 386-392, 2013.

OLIVEIRA, M. M. C. *et al.* Aplicação do processo de relação interpessoal de Travelbee com a mãe de recém-nascido internado em uma unidade neonatal: relato de experiência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n. 4, p. 430-6, 2005.

OLIVEIRA, E. R. A. *et al.* Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. **Ver Bras Pesq Saúde**, v.12, n. 2, p. 46–51, 2010.

OLIVEIRA, P.; COIMBRA, D.; MOR, R. O nível de ruído na unidade de terapia intensiva neonatal e seus efeitos. **Rev CEFAC**, 2010 [Internet]., http://www.cefac.br/publicar/arquivos/SP_nivel_de_ruido_na_UTI.pdf. Acesso em: 20/07/2014.

OLIVEIRA, N. E. S. *et al.* Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n.2, p. 334-43, 2013.

OLMEDO, M. D; *et al.* Respostas fisiológicas de recém-nascidos pré-termo submetidos ao Método Mãe-Canguru e a posição Prona. **FisioterPesqui**, São Paulo, v.19, n. 2, p. 115-121, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**, 2008 Disponível em: <www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm> Acesso em: 14/10/13.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- OMS. **Pacto pela redução da Mortalidade Infantil, 2012**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/parto/pacto-pela-reducao-da-mortalidade-infantil>

ORLANDI. M. H. F. **Prevenção da mortalidade infantil no Paraná: avaliação e representação social**. 250p. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PACHECO, S. T. A.; CABRAL, I. E. Alimentação do bebê de baixo peso no domicílio: enfrentamentos da família e desafios para a enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 314-322, 2011.

PAIVA, C. V. A. *et al.* Aleitamento materno de recém-nascidos internados: dificuldades de mães com filhos em unidade de cuidados intensivos e intermediários neonatais. **Rev Min Enferm**, v. 17, n. 4, p. 932-939, out/dez, 2013.

PALLÁS, A.C.R. *et al.* Parental involvement and kangaroo care in European neonatal intensive care units: a policy survey in eight countries. **PediatrCritCare Med.**, v.13, ed. 5, p. 568-577, sept. 2012. Disponível em: <10.1097/PCC.0b013e3182417959>. Acesso em: 02/10/2013.

PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Vigilância Epidemiológica. Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal. **Relatório de Análise dos óbitos Infantis e Fetais, período de 2000 a 2011**. Acesso interno em 2014.

PARANÁ. Secretária de Saúde do Paraná. **Mãe Paranaense**. Linha guia, 2012. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_ versao_final.pdf>. Acesso em: 02/05/13.

PARIZZOTO, J.; ZORZI, N.T. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **O Mundo da Saúde São Paulo**, v. 32, n.4, p. 466-74, 2008.

PASSINI, R. *et al.* Brazilian multicenter study on prevalence of preterm birth and associated factors. **BMC Pregnancy and Child birth**, v. 10, n. 22, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com>>. Acesso em: 04/10/13.

PEIXOTO, P. V. *et al.* Nível de pressão sonora em unidade de terapia Intensiva neonatal. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 6, p. 1309-1314, dez. 2011.

PEIXOTO, E. A. *et al.* Visita de avós em unidade de terapia intensiva neonatal: compreendendo a dinâmica familiar. **Rev. SBPH** (ver impres) vol.15, n.2, p.17-32, 2012.

PELLEGRINELLI, A. L. *et al.* O contato pele-a-pele entre mãe e filho favorece o aleitamento materno exclusivo? **Nutrire**, v. 38, n. Suplemento (12º Congresso Nacional da SBAN), p.132-132, 2013.

PEREIRA, F. L. *et al.* A manipulação de pré-termos em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n. 6. p.1272-8, 2013a.

PERERIA, E. R. *et al.* Competência interpessoal como proposta para a gestão de conflitos no trabalho em saúde: revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE** on line., Recife, v. 7, n. (esp), p.4918-27, 2013b.

PERES, C. R. F. B. *et al.* O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.4, p. 905-11, 2011.

PINHEIRO, E. *et al.* M. *et al.* Noise Neonatal Intensive Care Unit and inside the incubator. **Rev Lat Am Enferm.**, v. 19, n. 5, p. 1214-21, 2011.

POTT, F. S. *et al.* Algoritmo de prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Curitiba, **Rev. Cogitare**, n. 18, v. 2, p. 238-44, abr-jun, 2013.

PRESBYTERO, R.; COSTA, M. L. V.; SANTOS, R. C. S. Os enfermeiros da unidade neonatal frente ao recém-nascido com dor. **Rev Rene**, v.11, n. 1, p. 125-32, jan-mar; 2010.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN. R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc Anna Nery Ver Enferm**, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p. 297-304, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a09.pdf>>. Acesso em 15/06/2013.

REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 200-213 [online], 2007 :Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>>. Acesso em: 15/10/2013.

ROCHA, D. K. L.; FERREIRA, H. C. Estado da arte sobre o cuidar em neonatologia: compromisso da enfermagem com a humanização na unidade de terapia intensiva neonatal. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n.1, p. 24-28, 2013.

RODRIGUES, A. P. *et al.* Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: revisão integrativa da literatura. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. V, 15, n. 1, p. 253-64, jan/mar 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.17067>. Acesso em: 10/09/2014.

ROLIM, K. M.C, CARDOSO, M. V. L. M. L. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Rev. Latino Am Enferm**, v. 14, n. 1, p. 85-92, 2006.

RUAS, T. C. B. *et al.* A comparação de funções apendiculares desencadeadas pela visão em lactentes nascidos pré-termo e a termo no primeiro trimestre de vida. **Ver Bras Cresc e Desenv Hum**, v. 20, n. 3, p. 680-87, 2010.

SÁ, F. E de. Relações interpessoais entre os profissionais e as mães de pré-terms da unidade canguru. **Re Bras Prom Saude**, Fortaleza, v.23, n.2, p. 144-149, abr./jun., 2010.

SANTANA, M. C. C. P. *et al.* Aleitamento materno em pré-terms: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.2, p. 411-7, 2010.

SANTANA, E. F. M.; MADEIRA, L. M. A mãe acompanhante na unidade de terapia intensiva neonatal: desafios para a equipe assistencial. **Rev Enferm Centro O Min.**, v.3, n. 1, p. 475-87, jan-abr, 2013.

SANTANA, I. P. S. *et al.* Aspectos da mortalidade infantil conforme informações da investigação do óbito. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 4, p.556-62, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v24n4/a17v24n4.pdf>> Acesso em 15/04/2014.

SANTANA, J. C. B. *et al.* Método mãe canguru e suas implicações na assistência: percepção da equipe de enfermagem. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 34-48, 2013. ISSN 2238-7218. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/5283>>. Acesso em: 22/07/14.

SANTOS, L. M. *et al.* Maternal perception of the skin to skin contact with premature infants through the kangaroo position. **Rev. Pesq. Cuidado é Fundamental online**, v.5, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/1994>>. Acesso em: 02/08/2013.

SARDINHA, P. L. *et al.* Educación permanente, continua y enservicio; desvelando sus conceptos. **Enfermería Global**, n. 29, p. 324-340, Enero 2013.

SCHMIDT, K. T. *et al.* A primeira visita ao filho internado na unidade de Terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Esc Anna Nery** (impr.), v. 16, n. 1, p. 73-81, jan-mar, 2012.

SCHMIDT, K. T. *et al.* Práticas da equipe de enfermagem no processo de alta do bebê pré-termo. **Rev. bras. enferm. [online]**, v.66, n.6, p. 833-839. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000600004>. Acesso em: 12/10/14.

SCOCHI, C. G. S. *et al.* Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p.9-16, 2001.

SCOCHI, C. G. *et al.* Transição alimentar por via oral em pré-termos de um hospital Amigo da Criança. **Acta Paul Enferm**, v, 23, n. 4, p. 540-5, 2010.

SILVA, O. P. V. **Análise descritiva do desenvolvimento de recém-nascidos pré-termos que participaram do programa método mãe-canguru**. 122f 2003. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) Universidade Mackenzie, São Paulo, 2003.

SILVA, R. N. M. **Cuidados voltados para o desenvolvimento do pré-termo na UTI neonatal**. In: Alves Filho N, Trindade OR. *Avanços em Perinatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p.35-50.

SILVA, R. N. M.; VIANA, M.C.F.B. **Ecologia perinatal**. In: Alves Filho N, Corrêa MD, Alves Junior JMS, Correa Junior MD. *Perinatologia básica 1*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006; p.7-16.

SILVA, N. D.; VIEIRA, M. R. R. A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao recém-nascido de risco em um hospital de ensino. **Arq Ciênc. Saúde**, v.15. n.3, p. 110-6, 2008.

SILVA, R. M. *et al.* Night shift pros and cons in nursing: qualitative study. **Online Braz. J. Nurs.** [on-line], v. 8, n.2, 2009. [Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2346>>. Acesso em: 29/09/14.

SILVA, T. M., CHAVES, E. M. C., CARDOSO, M. V. Dor sofrida pelo recém-nascido durante a punção arterial. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v.13, n.4 p.726-32, 2009.

SILVA, L.J.; SILVA, L.R.; CHRISTOFFEL, M. M. Tecnologia e humanização na unidade de terapia intensiva neonatal: reflexões no com texto do processo saúde-doença. São Paulo, **Rev Esc Enferm USP**. v.43, n. 3, p. 684-9, 2009

SILVA, J. R. da.; THOMÉ, C. R.; ABREU, R. M de. Método mãe canguru nos hospitais / maternidades públicos de Salvador e atuação dos profissionais da saúde na segunda etapa do método. **Rev. CEFAC**, v. 13, n. 3, p. 522-533, Mai./Jun, 2011.

SILVA, A. A.; SALMERON, N.C.; LEVENTHAL, L. Percepção dos pais em relação ao "Método Mãe Canguru" **Saúde Coletiva** [On-line] 2012, 56 (Sinmes). Disponível em: <<http://redalyc.org/articulo.oa?id=84223413003>>. Acesso em 19/10/2013.

SILVA, R. A.; BARROS, M. C.; NASCIMENTO, M. H. M. Conhecimento de técnicos de enfermagem sobre o método canguru na unidade neonatal. **Rev. Bras em Promoção da Saúde**. v. 27, n. 1, p. 124-30, 2014.

SILVEIRA, A.; NEVES, E. T.; JANTSCH. L. B. O Método Canguru em unidade de terapia intensiva neonatal: relato de experiência. **Biblioteca Las casas**, v. 9, n. 3, 2013. Disponível em <<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>>. Acesso em 22/09/2013.

SILVEIRA, C. D.; STIPP, M. C. A.; MATTOS, V. Z de. Fatores intervenientes na satisfação para trabalhar na enfermagem de um hospital no Rio de Janeiro. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]., v.16, n.1, p.100-8, jan/mar 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.21002>. Acessoem: 04/10/2014.

SLUZKI, C. E. Personal social networks and health: conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. **Families, Systems &Health**, v. 28, n. 1, p. 1-18. 2010.

SOUZA, A. M. *et al*, O cuidado de enfermagem com a pele do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. **R. pesq.: cuid. fundam**. Online, Ed Supl, p. 52-62, 2011.

SOUZA, K. M. O. DE.; FERREIRA, S. D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.471-480, 2010.

SOUZA. L. A. P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface**(Botucatu) [online], v. 13, n. 1, p. 681-88, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500018>>. Acesso em: 02/09/2013.

SPEHAR, M. C.; SEIDL, E. M. F. Percepções maternas no método canguru: contato pele a pele, Amamentação e autoeficácia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 4, p. 647-656, out./dez. 2013.

SQUASSANTEI, N. D.; ALVIM, N. A. T. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n.1, p.11-7, jan-fev 2009.

SRIVASTAVA, S. *et al.* Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. **Indian J Public Health**, v. 58, issue, 1, p. 22-6, 2014. Disponível em: <http://www.ijph.in/article.asp?issn=0019557X;year=2014;volume=58;issue=1;spage=22;epage=26;aulast=Srivastava>. Acesso em: /08/2014.

TAMEZ, R. N. SILVA, M. I. P. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TANAKA, R. C. Contribuições da equipe de enfermagem de uma maternidade na construção do vínculo familiar com o recém-nascido. 72f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Setor Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2013.

TAVARES, L. A. M. **Uma declaração universal de direitos para o bebê prematuro**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2008.

TAVARES, L. A. M. **A mãe canguru e o cuidado com o recém-nascido pré-termo: amor, calor e leite materno**. In: CARVALHO, M. R.; TAVARES, L. A.M. Amamentação: bases científicas. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

TEXERA, G. G.; SILVA, P. F.; MUNIZ, J. Fluxograma, diagrama de blocos e Chapin no desenvolvimento de algoritmos. Disponível em: <http://www.devmedia.com.br/fluxogramas-diagrama-de-blocos-e-de-chapin-no-desenvolvimento-de-algoritmos/28550>

TRAGANTE, C. R.; CECCON, M. E J.; FALCÃO, M. C. Desenvolvimento dos cuidados neonatais ao longo do tempo. São Paulo, **Pediatria**, v. 32, n. 2, p. 121-30, 2010. Disponível em: <<http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/1342.pdf>>. Acesso em: 18/10/13.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. A experiência de tornarem-se pais de pré-termos um enfoque tecnológico. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 1, p. 49-54, jan/fev, 2005.

TRAVESSO-YEPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. Botucatu, **Interface** (online), v. 11, n. 22, p. 223-8, 2007. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1355788&pid=S1695-6141201300040001600009&lng=es. Acesso em: 25/08/2014

VAN ZANTEN, H. A. *et al.* The kangaroo method is safe for premature infants under 30 weeks of gestation during ventilatory support. **J Neonatal Nurs**, v. 13, p. 186-90, 2007.

VELOSO, L. F.; ALMEIDA, J. A. O aleitamento materno nos programas brasileiros de pós-graduação em pediatria: perfil das dissertações e teses elaboradas de 1971 a

2006. **Rev Paul Pediatr**. [online]. vol. 27, n.2, p. 154-159, 2009 ISSN 0103-0582. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822009000200006>. Acesso em: 25/08/2014.

VENANCIO, S.I.; ALMEIDA, H. Método mãe canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, p. 173-80, 2004.

VERAS, R. M.; TRAVERSO-YEPEZ, M. A. T. O cotidiano institucional do método mãe canguru na perspectiva dos profissionais de saúde. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. (spe), p.90-98, 2011.

VERONEZ, M; CORRÊA, D. A. P. A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, jun. 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/17859>>. Acesso em: 14/09/2014.

VICTORA, C.G.; et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafio. Séries. Saúde no Brasil 2. **The Lancet**, p. 32-46, 2011 Publicado **Online**9 de maio de 2011 DOI:10.1016/S0140- 6736(11)60138-4.

WANG, D. *et al*. Examining the effects of a targeted noise reduction program in a neonatal intensive care unit. **Arch Dis Child Fetal Neonatal**, v. 99, n. 3, p. 203-8, May. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24356177>. Acesso em: 20/09/2014.

WATTS, R. J. *et al*. Family-centered care for hospitalized children aged 0-12 years: a systematic review of qualitative studies. **JBI Library**, v.12, n. 7, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11124%2Fjbisrir-2014-1683>>. Acesso em: 13/05/2014.

WEICH, T. M. *et al*. Eficácia de um programa para redução de ruído em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Bras Ter Intensiva**, [Internet]. v.23, n. 3, p. 327-34, 2011.

WHITELAW, A. *et al*. Skin-to-skin contact for very low birth weight infants and their mothers. **rch Dis Child**, v. 63, n. 11, p. 1377-81, November 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care**. Geneva; 2009. Section 2. Strengthening and sustaining the baby-friendly hospital initiative: a course for decision-maker.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Neonatal mortality/ data and statistics**, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/en/> acesso em: 18/03/2013.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para equipe de enfermagem da UTI Neonatal)

Nós, Prof.^a Dra. Márcia Helena de Souza Freire pesquisadora e a colaboradora Enf.^a MSc. Alessandra PatriciaStelmak, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, convidamos você, a participar de um estudo intitulado “**Construção de um algoritmo de cuidado fundamentado no Método Canguru**”. Partindo de sua opinião sobre o cuidado ao neonato será construído um algoritmo de cuidado. Esse instrumento irá nortear as ações de cuidados prestadas ao neonato de baixo peso, cuidados que estão fundamentados em uma assistência humanizada proposta pelo Método Canguru.

- a) O objetivo desta pesquisa é Identificar as ações humanizadas de cuidado ao neonato prematuro praticadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, segundo a percepção da equipe de enfermagem; e com o conhecimento dessas ações humanizadas construir um algoritmo para ações de cuidado humanizado ao neonato prematuro, com base na Metodologia Canguru.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário disponibilizar no máximo uma hora de seu período de trabalho para responder algumas perguntas que lhe serão feitas. Suas respostas serão gravadas e transcritas.
- c) Para tanto você deverá comparecer na sala de reuniões da UTIN, em dia agendado previamente e que lhe seja conveniente, podendo ser no dia do seu plantão e no seu turno de trabalho, para a realização da entrevista no máximo de 60 minutos de duração.
- d) Para minimizar os possíveis riscos, a pesquisadora compromete-se em realizar a pesquisa de forma a evitar e reduzir constrangimentos, além de garantir ao participante a manutenção do sigilo, da confidencialidade e do anonimato.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: conhecer o valor que assume para a equipe de enfermagem a proposta do Método Canguru, sua aplicabilidade e reconhecimento de sua importância para o desenvolvimento do neonato prematuro; atualização dos profissionais de enfermagem da UTIN; a melhoria da assistência prestada ao neonato prematuro fundamentado no MC; a construção de um instrumento norteador da gestão do cuidado na unidade abordada; a facilitação da tomada de decisão pelos profissionais da equipe de enfermagem, além, do que os maiores beneficiados serão a família, em especial, os pais, e o neonato de baixo peso, por receberem um cuidado que propicia o fortalecimento do vínculo mãe-bebê, diminui o tempo de internação, e prepara os pais para o momento da alta hospitalar

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

- f) Os pesquisadores Prof.^a Dra. Márcia Helena de Souza Freire, professora e orientadora do Programa de Pós-graduação de Enfermagem, Mestrado Profissional, fones: (41) 3361-3769 ou 9834-1888. marcia.freire@ufpr.br, e a Enf.^a MSc. Alessandra PatriciaStelmak, fones: (41) 3018-8208 ou 8864-5170, stelmak@pop.com.br, colaboradora deste estudo poderão ser contatados na Av. LotharioMeissner, 632, bloco didático II, Jardim Botânico para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter, e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser divulgadas em relatórios ou publicação, isso será feito sob a forma codificada, **para que asua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.
- i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____, RG nº _____
li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que essa decisão afete o prosseguimento da pesquisa com outros sujeitos. E eu concordo voluntariamente em participar deste estudo. _____

Assinatura do participante de pesquisa
Curitiba, ____/____/____

Assinatura do Pesquisador : _____

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____
Pesquisador Responsável _____
Orientador _____ Orientado _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR –CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para equipe multiprofissional de capacitação do Método Canguru)

Nós, Prof.^a Dra. Márcia Helena de Souza Freire pesquisadora e a colaboradora Enf.^a MSc. Alessandra PatriciaStelmak, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, convidamos você, a participar de um estudo intitulado “Construção de um algoritmo de cuidado fundamentado no Método Canguru”. O algoritmo é um instrumento que irá nortear as ações de cuidados prestadas ao neonato de baixo peso, e esses cuidados estão fundamentados no cuidado humanizado que o objetivo do Método Canguru.

- a) O objetivo desta pesquisa é, num primeiro momento, identificar as ações humanizadas de cuidado ao neonato prematuro praticadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, segundo a percepção da equipe de enfermagem; e nesta etapa de **construir um algoritmo para ações de cuidado humanizado ao neonato prematuro com base na Metodologia Canguru**.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário disponibilizar no máximo uma hora de seu período de trabalho, para cada um dos sete encontros propostos e integrar as rodas de discussão, com intuito de redirecionar as ações de cuidados ao neonato na UTIN e construirmos juntos o “Algoritmo Canguru”.
- c) Para tanto você deverá comparecer na sala de reuniões da UTIN, nos dias acordados para os encontros que serão quinzenais, e terão uma duração de aproximadamente uma hora.
- d) Para minimizar os possíveis riscos, a pesquisadora compromete-se em realizar a pesquisa de forma a evitar e reduzir constrangimentos, além de garantir ao participante a manutenção do sigilo, da confidencialidade e do anonimato.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: conhecer o valor que assume para a equipe de enfermagem a proposta do Método Canguru, sua aplicabilidade e reconhecimento de sua importância para o desenvolvimento do neonato prematuro; atualização dos profissionais de enfermagem da UTIN; a melhoria da assistência prestada ao neonato prematuro fundamentado no MC; a construção de um instrumento norteador da gestão do cuidado na unidade abordada; a facilitação da tomada de decisão pelos profissionais da equipe de enfermagem, além, do que os maiores beneficiados serão a família, em especial, os pais, e o neonato de baixo peso, por receberem um cuidado que propicia o fortalecimento do vínculo mãe-bebê, diminui o tempo de internação, e prepara os pais para o momento da alta hospitalar. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória -

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

- f) Os pesquisadores Prof.^a Dra. Márcia Helena de Souza Freire, professora e orientadora do Programa de Pós-graduação de Enfermagem, Mestrado Profissional, fones: (41) 3361-3769 ou 9834-1888, marcia.freire@ufpr.br, e a Enf.^a MSc. Alessandra PatriciaStelmak, fones: (41) 3018-8208 ou 8864-5170, stelmak@pop.com.br, responsáveis por este estudo poderão ser contatados Av. LotharioMeissner, 632, bloco didático II, Jardim Botânico, para esclarecer eventuais dúvidas que o senhor (a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser divulgadas em relatórios ou publicação, isso será feito sob a forma codificada, **para que asua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. Esses encontros serão acompanhados por um colaborador/secretário, que irá transcrever os relatos das discussões, sob a forma de ata, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo seja transcrita a pesquisa esses relatos serão destruídos.
- i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ RG nº _____

li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que essa decisão afete o prosseguimento da pesquisa com outros sujeitos. E eu concordo voluntariamente em participar deste estudo. _____

Assinatura do participante de pesquisa
Curitiba, ____/____/____

Assinatura do Pesquisador : _____

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador Orientado

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR –CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

APÊNDICE 3

Olá Colegas e tutoras do Método Canguru

Convido-as para participar da apresentação dos dados preliminares da Pesquisa realizada no Mestrado Profissional UFPR 2013-2015 intitulada "Construção de um algoritmo de Cuidado de Enfermagem fundamentado no Método Canguru", para posteriormente darmos início as discussões sobre as ações do MC.

Dia: 08-08-2014

Horário: 12:00 as 13:00h

Local: UTIN

Alessandra P. Stelmak





APÊNDICE 4

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Iniciais:	Idade:	Categoria profissional:
Tempo HC:	Turno:	Tempo UTIN:
Escolaridade:	Curso de aperfeiçoamento: () SIM () NÃO	
	Qual:	Quando:
1. Me diga quais os cuidados ao RN prematuro ou baixo peso que o Ministério da Saúde orienta no Método Canguru		
2. Você pode me apontar na lista abaixo quais os cuidados que você presta ao RN prematuro ou baixo peso: <input type="checkbox"/> Procuro acolher os pais na primeira visita ao RN; <input type="checkbox"/> Faço orientações sobre o Método Canguru; <input type="checkbox"/> Procuro incentivar os pais a tocar seus filhos; <input type="checkbox"/> Me preocupo com a formação de vínculo entre RN e família e incentivo aos pais a realizar os primeiros cuidados com seu filho <input type="checkbox"/> Sou atenciosa com os pais e familiares durante a visita; <input type="checkbox"/> Incentivo a mãe a iniciar o aleitamento materno <input type="checkbox"/> Procuro agrupar os cuidados para preservar mais momentos de sono e repouso; <input type="checkbox"/> Me preocupo com o conforto do RN e sempre procuro confortá-lo o ninho; <input type="checkbox"/> Diminuo as luzes da sala sempre que possível; <input type="checkbox"/> Falo baixo e me preocupo em diminuir os ruídos na sala; <input type="checkbox"/> Respeito o horário do soninho sempre que possível; <input type="checkbox"/> Administro analgesia não farmacológica (glicose 25%) antes de procedimentos dolorosos; <input type="checkbox"/> Incentivo a posição canguru; <input type="checkbox"/> Coloco o RN em posição canguru; <input type="checkbox"/> Realizo o banho conforme orientações do MC, mantendo o RN no enrolamento e respeitando os dias de banho <input type="checkbox"/> Realizo a pesagem do RN envolto no cueiro ou fralda de pano; <input type="checkbox"/> Realizo a troca de fralda em decúbito lateral; <input type="checkbox"/> Sei quando devo realizar a fixação da SOG, “tipo gatinho” e assim o faço; <input type="checkbox"/> Verifico e desligo o alarme do oxímetro tão logo comece a tocar; <input type="checkbox"/> Conheço os critérios para que a mãe inicie a 2ª etapa do MC na Unidade Convencional Ca; <input type="checkbox"/> Conheço os critérios para que o RN participe da 2ª etapa na Unidade Convencional Ca; <input type="checkbox"/> Conheço os critérios na 3ª etapa do MC.		
3. Na sua opinião qual a importância desses cuidados diferenciados propostos pelo MC para o RN prematuro ou baixo peso.		
4. Você tem tido dificuldades na prática de cuidados do MC?		
5. Você quer fazer alguma sugestão para facilitar essas práticas humanizadas de cuidado no seu cotidiano de trabalho?		

ANEXO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO DE UM ALGORITMO DE CUIDADO FUNDAMENTADO NO MÉTODO CANGURU

Pesquisador: Márcia Helena de Souza Freire

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18426613.8.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 376.485

Data da Relatoria: 21/08/2013

Apresentação do Projeto:

Equipe da Pesquisa: MÁRCIA HELENA DE SOUZA FREIRE e ALESSANDRA PATRICIA STELMAK.

O recém-nascido prematuro necessita de condições específicas de cuidado para a sua sobrevivência e qualidade de vida. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um ambiente que oferece um tratamento seguro com profissionais capacitados para dar o suporte de vida necessário até que ele apresente condições para uma alta hospitalar com segurança. Grandes avanços já foram observados na terapêutica neonatal a fim de melhorar a sobrevida destes pequeninos e não somente entregá-los vivos aos seus pais e o método canguru faz parte desses avanços.

O método canguru é uma estratégia de cuidado humanizado ao recém-nascido de baixo peso proposto pelo Ministério da Saúde com foco na redução da mortalidade infantil e diminuição dos efeitos prejudiciais de nascer prematuramente e internamento prolongado ao RN.

Os profissionais de Saúde são as pessoas determinantes para a implantação, e desenvolvimento do Método Canguru nas Maternidades e esta pesquisa se propõe a propiciar aos gestores do setor Intensivo Neonatal em questão o conhecimento do valor que assume para a equipe de enfermagem a proposta do MC, sua aplicabilidade e reconhecimento de sua importância para o

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 376.485

desenvolvimento do neonato prematuro, além de contribuir com um instrumento para a prática sistematizada da assistência humanizada à família e neonato.

Objetivo da Pesquisa:

São dois os objetivos gerais propostos pela pesquisadora:

- 1) Identificar as ações humanizadas de cuidado ao neonato prematuro praticadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, segundo a percepção da equipe de enfermagem; e
- 2) Construir um algoritmo com ações de cuidado humanizado ao neonato prematuro com base na Metodologia Canguru.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Para minimizar os possíveis riscos, a pesquisadora compromete-se em realizar a pesquisa de forma a evitar e reduzir constrangimentos, além de garantir ao participante a manutenção do sigilo, da confidencialidade e do anonimato. Serão respeitados os direitos das pessoas, assim como da Instituição de Saúde. A participação nas entrevistas a serem realizadas será de caráter voluntário. Assim, os participantes serão esclarecidos sobre a pesquisa, seus objetivos, riscos e benefícios, e a sua inclusão ocorrerá após a assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Sendo assim, o primeiro compromisso ético será com o sigilo, para resguardar identidades e informações confidenciais dos sujeitos envolvidos. O segundo compromisso ético será com o vínculo e na participação materna no cuidado com o internado.

Em relação aos benefícios pode-se relacionar a atualização dos profissionais de enfermagem da UTIN; a melhoria da assistência prestada ao neonato prematuro fundamentado no MC, que é uma política pública já implantada na Instituição; o subsídio para a gestão do cuidado na unidade abordada; a facilitação da tomada de decisão pelos profissionais da equipe de enfermagem. Além disso, os maiores beneficiados serão a família, em especial, os pais, e o neonato de baixo peso, por receberem um cuidado que propicia o fortalecimento do vínculo mãe-bebê, diminui o tempo de internação, favorece aos pais maior segurança no momento da alta hospitalar, e por consequência poderá evitar as re-internações, diminuindo de forma global os custos hospitalares.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória encontram-se presentes.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 376.485

pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências anteriormente arroladas foram atendidas.

É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa, tanto o participante como o pesquisador deverão rubricar todas as páginas do TCLE, opondo assinaturas na última página do referido Termo (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS);

CURITIBA, 29 de Agosto de 2013

Assinador por:
Claudia Seely Rocco
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br